

Huisartsenzorg: Goed geregeld? Kwaliteit(en) van de huisartsgeneeskunde vanuit maatschappelijk perspectief

Citation for published version (APA):

van Ree, J. W. (2006). Huisartsenzorg: Goed geregeld? Kwaliteit(en) van de huisartsgeneeskunde vanuit maatschappelijk perspectief: Rede uitgesproken bij heat afscheid als hoogleraar Huisartsgeneeskunde door Prof. Dr. Jan W. van Ree. In H. J. S. Maiburg, & H. E. J. H. Stoffers (Eds.), *Huisartsenzorg: Goed geregeld? Kwaliteit(en) van de huisartsgeneeskunde vanuit maatschappelijk perspectief: Teksten symposium en afscheidsrede van Prof. Dr. Jan W. van Ree* (1 ed., pp. 35-48). Universiteit Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2006

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

prof. dr. Jan W. van Ree

Huisartsenzorg: goed geregeld?
Kwaliteit(en) van de huisartsgeneeskunde
vanuit maatschappelijk perspectief



Faculteit der Geneeskunde

Symposiumcommissie

Prof. dr. J.F.M. Metsemakers
Dr. H.J.S. Maiburg
Dr. H.E.J.H. Stoffers
Drs. H.M. Goettsch
M.A. Wanders-Nilwik

© Copyright, HJS Maiburg & HEJH Stoffers, Maastricht 2006

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de desbetreffende auteur. Alle rechten voorbehouden.

Universitaire Pers Maastricht
ISBN-10: 905278-544-9
ISBN-13: 978-905278-544-8

Lay-out: A. van Lieshout-Hollanders

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
Hoofdstuk 1	Indicatoren voor de huisartsenzorg	7
Hoofdstuk 2	Wordt de zorg gejuridiseerd?	11
Hoofdstuk 3	Kwaliteit van onderwijs en kwaliteit van zorg	17
Hoofdstuk 4	Kwaliteit, standaarden en moraal	29
Hoofdstuk 5	Eenmaal huisarts ...!	35
	Curriculum vitae J.W. van Ree	48

VOORWOORD

Op 3 juni 2005 nam Jan W. van Ree afscheid als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Gedurende vijftien jaar had hij zich bezig gehouden met de opleiding van huisartsen, wetenschappelijk onderzoek en postacademische scholing voor huisartsen. Het bevorderen van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde was een belangrijke drijfveer voor hem. Zorginhoud van hoge kwaliteit – inmiddels beschreven in een takenpakket en vele professionele richtlijnen – is immers een noodzakelijke voorwaarde voor een sterke professie.

Ondanks het feit dat de huisartsgeneeskundige discipline haar zaken inhoudelijk beter op een rij heeft dan ooit tevoren, is 'de huisarts' regelmatig negatief in het nieuws. Door huisartsen zelf wordt veel geklaagd – denk aan het huisartsentekort of de stakingsacties van de afgelopen jaren – en door anderen wordt over de huisartsenzorg geklaagd – denk aan tuchtzaken of de zorg door huisartsenposten. Mondige patiënten en calculerende burgers roeren zich in een samenleving die zich moet aanpassen aan allerlei demografische en culturele ontwikkelingen. Aan de overheid de taak om goede en toegankelijke zorg voor iedereen te garanderen.

De kwaliteit van de huisartsenzorg wordt dus ook door van buiten de professie komende factoren beïnvloed. De vraag "Hoe?" was het centrale onderwerp van het symposium dat georganiseerd werd voorafgaande aan van Ree's afscheidscollege. Vier sprekers met verschillende achtergronden gaven hun visie op de huisartsgeneeskunde. Hoe kijkt een inspecteur voor de gezondheidszorg naar de huisarts? Welke ontwikkelingen ziet de gezondheidsjurist? Wat vindt een hoogleraar uit Vlaanderen van de huisartsenopleiding? Welke bespiegelingen zijn er te maken vanuit de gezondheidsethiek? Welke maatschappelijke 'kansen en bedreigingen' voor de huisartsgeneeskunde zien zij?

Het was een inspirerend symposium. De levendige interactie tussen deelnemers – merendeels huisartsen – en sprekers heeft daaraan zeker bijgedragen. Wij vonden de kwaliteit van de voordrachten en discussie dusdanig, dat het een goed idee leek om de teksten van de sprekers in boekvorm te bundelen, samen met de tekst van de afscheidsrede van Jan van Ree.

Maarten de Wit, senior inspecteur voor de Gezondheidszorg, bespreekt de rol van indicatoren in de huisartsenzorg. Net als iedere zorgverlener moet de huisarts tegenover de patiënt verantwoording kunnen afleggen over de kwaliteit van zorgverlening. In het overheidstoezicht op de zorg zullen indicatoren een belangrijke plaats gaan innemen, of huisartsen dat nu leuk vinden of niet.

Johan Legemaate, juridisch adviseur van artsenorganisatie KNMG en bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, vraagt zich af of er sprake is van een toenemende juridisering van de huisartsenzorg. De laatste jaren lijkt de invloed van juridische ontwikkelingen op de beroepsuitoefening te zijn toegenomen. Denk aan aansprakelijkheidsprocedures, aan de discussie over de juridische aspecten van medische richtlijnen en aan ervaringen met klachtenprocedures. Hoe moeten deze ontwikkelingen worden geduid en hoe kunnen (huis)artsen er het beste mee omgaan?

Jan de Maeseneer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Gent, bespreekt de kwaliteit van het medisch onderwijs en de kwaliteit van de huisartsenzorg. Binnen een Europese context waarbij onderwijs meer en meer in een competitieve markt wordt gesitueerd, blijft het een uitdaging om kwalitatief hoogstaand maatschappelijk relevant onderwijs te organiseren voor de opleiding van zorgberoepen. Kwaliteit van zorg vereist aandacht voor meerdere vormen van 'evidenties'. In deze bijdrage wordt kritisch gekeken naar het veranderende onderwijslandschap, de noodzaak van 'social accountability' en het veranderende zorglandschap.

Klasien Horstman, hoogleraar Filosofie en ethiek van bio-engineering in Eindhoven en Maastricht, wijdt een kritische beschouwing aan het paradepaardje van de Nederlandse huisartsgeneeskunde: de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaarden vormen een belangrijk instrument om de huisartsenzorg 'evidence-based' te maken en de kwaliteit van die zorg op een hoger plan te brengen. Maar wat is eigenlijk de moraal van standaarden? In deze bijdrage zal de tendens tot standaardisering vanuit een filosofisch-normatief kader belicht worden.

Jan van Ree blikt in zijn afscheidscollege terug op veranderingen in de huisartsenzorg van de afgelopen vier decennia. Vervolgens breekt hij een lans voor multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de zorg voor chronisch-zieken, waarbij hij respect voor elkaars perspectief een noodzakelijke voorwaarde vindt. Ook gaat hij in op het belang van persoonlijke continuïteit in de zorg: 'als huisarts werken' is niet hetzelfde als 'huisarts zijn'.

Wij hopen dat deze uitgave u inspireert tot reflectie op de dagelijkse zorg van de huisarts.

dr. Bas Maiburg
dr. Jelle Stoffers

HOOFDSTUK 1

INDICATOREN VOOR DE HUISARTSENZORG

Drs. Maarten de Wit
Senior inspecteur voor de gezondheidszorg
Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie
voor de Gezondheidszorg, Den Haag

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet van oudsher toe op de kwaliteit van het handelen van dokters en bestrijdt kwakzalvers. Ook huisartsen vallen onder ons toezicht.

Iedereen wil goede en veilige zorg. Tegenover de patiënt moet de huisarts, net als iedere andere zorgverlener, verantwoording kunnen afleggen over de kwaliteit van zorgverlening.

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bestaat al 200 jaar en door de jaren heen is er veel veranderd in de methode van toezichthouden. De inspectie werkt aan een effectiever en efficiënter toezicht. Ik wil u kennis laten maken met onze nieuwe, risicogestuurde wijze van toezichthouden. Op basis van indicatoren, specifiek gericht op de huisartsenzorg, krijgt de inspectie beter inzicht in de kwaliteit van zorgverlening. Ik zal dit hoofdstuk afsluiten met twee voorbeelden van indicatoren.

Huisartsenzorg en kwaliteit

Kenmerk van de huisarts is dat het veel, ongeveer 8000, individuele beroepsbeoefenaren betreft die vaak nog als solist het beroep uitoefenen. Hoe houdt je daar als inspectie toezicht op? De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan niet bij iedere huisarts in de spreekkamer gaan zitten. Dan nog zou de zorg voor een groot deel slechts afgemeten kunnen worden aan de wijze waarop de betreffende inspecteur zelf de zorg zou verlenen. En steekproefsgewijs langsgaan bij een huisarts zou betekenen dat iedere huisarts eens in de 50 jaar een inspecteur op bezoek krijgt.

Tegenwoordig inspecteren we daarom met het zogenaamde gelaagd en gefaseerd toezicht. De inspectie gaat bij die huisarts langs waar mogelijk een risico is op onverantwoorde zorg. Ik kom daar later op terug.

In de opleiding tot huisarts wordt de eerste steen gelegd voor de kwaliteit van zorgverlening die de huisarts later moet leveren. Competentieprofielen staan centraal in de huisartsen-opleiding: waar moet een huisarts allemaal aan voldoen om een goede huisarts te zijn? Een voorbeeld: een huisarts moet in staat zijn een bronchitis vast te stellen en te behandelen. Dat leer je als huisarts-in-opleiding.

In 1959 is in Woudschoten voor het eerst de kern van de huisartsenzorg beschreven. Dat heeft geleid tot een verdergaande professionalisering van de huisartsenzorg als een zelfstandig specialisme. In de zeventiger jaren werd een eenjarige opleiding ingesteld; later volgde de driejarige opleiding tot het specialisme huisarts. In 1987 werd het basistakenpakket vastgesteld als de basis voor de eindtermen voor de huisartsenopleiding.

In 1997 werd de wet BIG van kracht, waarin het systeem van titelbescherming werd geïntroduceerd. De huisartsenzorg werd tenslotte onder artikel 14 van de wet BIG als een specialisme aangemerkt, waardoor huisarts een wettelijk erkende specialistentitel werd.

De huisartsenpraktijk heeft veel veranderingen doorgemaakt. Er is sprake van een toenemende zorgvraag, de patiënt wordt steeds mondiger en de huisarts krijgt te maken met een veranderend zorgstelsel waarin de patiënt steeds mondiger wordt.

Als gevolg daarvan staat de huisartsenzorg onder druk en loopt de kwaliteit ervan gevaar. Dit maakt de toezichthoudende rol van de inspectie belangrijker.

Inspectie en handhaving

Sinds de invoering van de kwaliteitswet zorginstellingen richt het toezicht zich vooral op kwaliteitssystemen in zorginstellingen: is er een kwaliteitssysteem aanwezig, is het gebruiksklaar en wordt het bewaakt?

Wij doen dit enerzijds door het interventie toezicht, waarbij we na melding van een incident of calamiteit onderzoek doen en zonnodig maatregelen nemen om herhaling te voorkomen. Ook voert de inspectie regelmatig thematisch toezicht uit. Waar interventie toezicht zich richt op één instelling, is thematisch toezicht gericht op instellingsoverstijgende onderwerpen. Doel is landelijk inzicht te verkrijgen in de effecten van overheidsbeleid of specifieke knelpunten in de zorg en (structurele) tekortkomingen en dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid

van de zorg te traceren. Een voorbeeld daarvan is het inspectierapport over de huisartsenposten van vorig jaar.

Anderzijds gebruiken we preventief algemeen toezicht om regelmatig te controleren of instellingen voldoen aan hun wettelijke verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg. Hierbij ligt de nadruk vooral op de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem.

Herbezinning taken inspectie

Het algemeen toezicht biedt mogelijkheden voor preventie, maar hier kleven nadelen aan.

Sinds de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en hoeft de inspectie in principe slechts toezicht te houden op de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem.

Uit onze onderzoeken blijkt echter vaak dat slechts een klein deel van de instellingen over een integraal kwaliteitssysteem beschikt en dat "toezicht op toezicht" niet voldoende is.

Om deze problemen te ondervangen, werken wij hard aan vernieuwing van de inspectie-instrumenten, het zogenaamde gelaagd en gefaseerd toezicht.

De inspectie werkt nu met drie fases in het toezicht: informatie, toezicht, en interventie/handhaving. In de eerste fase maken we een risico-inschatting van instellingen op basis van vragenlijsten die door de instelling of beroepsbeoefenaar zijn ingevuld. Als we op basis daarvan vinden dat een zorginstelling kans heeft op een verhoogd risico, dan bezoeken we die instelling, de tweede fase.

Als we dan constateren dat de zorg inderdaad risico oplevert op onverantwoorde zorg, wordt een plan van aanpak gevraagd voor verbeteringen. Mochten deze verbeteringen geen of onvoldoende effect sorteren, kan verscherpt toezicht ingesteld worden waarbij de derde fase is ingegaan. Concreet betekent dit dat we strikte afspraken maken met zorginstellingen om de zorg weer op niveau te krijgen. Wij toetsen of men doet wat nodig is en hebben frequent gesprekken met medewerkers van de instelling.

Ook gaan we onaangekondigd op bezoek bij zo'n instelling om te kijken hoe het met de zorg gesteld is, zodat we ook zien of dat wat op papier staat, ook in de praktijk wordt waargemaakt. En om te kunnen zien of de zorg daadwerkelijk verbetert.

Indicatoren als meetlat

De inspectie heeft dus behoefte aan een meetlat die zonnig naast een individuele huisarts gelegd kan worden, als daar in functioneren of praktijkvoering aanleiding toe zou zijn. Transparantie over praktijkvoering is belangrijk voor elke huisarts om te zien of hij zijn werk goed doet. Indicatoren helpen daarbij. Indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. Zij zijn belangrijk voor een toezicht dat zich in eerste instantie richt op het bevorderen van veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg. Met de indicatoren kan de inspectie efficiënter toezicht houden, omdat deze zich richten op die gebieden waar het verwachte effect van toezicht het grootst is én de risico's het hoogst zijn.

In het streven naar een effectiever toezicht richten wij ons in eerste instantie op patiëntveiligheid en risico's in de zorg. Deze risico's worden op zijn Engels aangeduid met de vijf D's: Death, Disability, Disease, Discomfort en Dissatisfaction. Ofwel overlijden, ziekte, beperkingen, ongemak of ontevredenheid met de behandeling of bejegening. Deze volgorde is zeker niet hiërarchisch, maar afhankelijk van de aandoening en de zorg die nodig is.

Indicatoren komt tot stand op basis van management informatie ten behoeve van de inspectie ("practice based"). Zij worden getoetst door experts ("expert based"), aan wat patiënten belangrijk vinden ("patient based") en aan literatuur ("evidence based"). Tenslotte wordt de effectiviteit van het gebruik geëvalueerd door de inspectie ("empirical based")

Indicatoren zijn zowel voor intern als voor extern gebruik bedoeld. Voor intern gebruik zijn indicatoren voor de huisarts een impuls om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren. Met de indicatoren kunnen huisartsen zichzelf een spiegel voorhouden. Deze spiegel laat voor verschillende terreinen van de zorg zien wat in andere praktijken een haalbaar en een optimaal resultaat is. De huisarts ziet in deze spiegel of er aanleiding is de eigen zorg nog

eens kritisch tegen het licht te houden. En extern zijn indicatoren bedoeld om aan anderen te laten zien wat voor zorg er geleverd wordt. Bijvoorbeeld als de zorgverzekeraar, de patiënt of de inspectie aan de huisarts informatie vraagt over de kwaliteit van de praktijkvoering.

Uitwerking indicatoren

Welke indicatoren kunnen de inspectie een breed en betrouwbaar beeld geven van de kwaliteit van de huisartsenzorg? Deze indicatoren zijn verdeeld in de gebieden "toegankelijkheid van de huisartsenzorg", "het huisartsgeneeskundig handelen", "preventie en disease-monitoring" en "communicatie/informatie".

Inmiddels heeft de inspectie in samenwerking met het veld, NIVEL, WOK en RIVM uitkomst-indicatoren ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de huisartsenzorg gemonitord en verbeterd kan worden. De huisarts kan aan de hand hiervan laten zien op welke wijze hij de zorg verleent, hij heeft een instrument om die zorgverlening te verbeteren en de inspectie kan bij problemen inzicht krijgen in de praktijkvoering.

Twee voorbeelden van indicatoren die in de huisartsenzorg worden gebruikt zijn de toegankelijkheid van de huisarts volgens de patiënt en de totale jaarlijkse hoeveelheid antibioticavoorschriften van een praktijk.

Ten eerste de toegankelijkheid van de huisarts volgens de patiënt. De indicator die meet of een huisarts bereid is visites af te leggen, zegt veel over de kwaliteit van zorgverlening vanuit het oogpunt van de patiënt. We meten dit door middel van het aantal afgelegde visites in een bepaalde periode per huisartsenpraktijk. Het onterecht weigeren een visite af te leggen, kan leiden tot ongemak en zelfs tot risico's voor de patiënt. Ook zegt de telefonische bereikbaarheid van een huisartsenpraktijk veel over de toegankelijkheid. We kunnen dit meten aan de hand van enquêtes onder patiënten. En daarnaast de consultatiesnelheid: hoe lang duurt het voordat een patiënt bij de huisarts terecht kan, nadat hij gebeld heeft voor een afspraak? Door middel van een enquête onder huisartsen kunnen we meten of een patiënt altijd binnen 24 uur terecht kan of niet.

Ten tweede een indicator voor de totale hoeveelheid antibiotica die een praktijk jaarlijks aan duizend mensen voorschrijft. Deze indicator is bepalend voor de mate waarin de huisarts zich houdt aan de NHG-standaarden met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen. Het gemiddeld aantal voorschriften is 274 per 1000 patiënten per jaar. Als een huisarts daar ver boven zit, houdt hij zich niet goed aan de richtlijnen die daarvoor gelden. In verhouding tot buitenlandse collega's zijn Nederlandse huisartsen zeer terughoudend in het voorschrijven van antibiotica. Toch blijkt op basis van onderzoek dat er grote verschillen zijn tussen praktijken en dat er nog veel verbeterd kan worden.

Tot slot

De indicatoren voor de huisartsenzorg zijn pas een eerste stap op weg naar een efficiënt maar ook een toetsbaar Staatstoezicht. Dit betekent dat we werken met een groeimodel. Komende jaren is validatieonderzoek nodig en moeten de indicatoren verder ontwikkeld worden. Uiteindelijk is het doel het interne kwaliteitsbewustzijn te stimuleren om zo in de toekomst toch "toezicht op toezicht" mogelijk te maken.

HOOFDSTUK 2

WORDT DE ZORG GEJURIDISEERD?

Prof. mr. Johan Legemaate
Juridisch adviseur en beleidscoördinator
gezondheidsrecht, KNMG, Utrecht
Bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht,
Vrije Universiteit, Amsterdam

Inleiding

Met een zekere regelmaat wordt door artsen, waaronder huisartsen, verzucht dat de gezondheidszorg ten prooi valt aan juridisering. Gewezen wordt op de stijgende aantallen klachten en claims en op rechterlijke procedures waaruit een steeds vergaande juridische bemoeienis met de zorg kan worden afgeleid. In deze bijdrage onderwerp ik de stelling dat de zorg gejuridiseerd wordt aan een kritische analyse. Ik richt mij daarbij op de huisartsenzorg. Achtereenvolgens sta ik stil bij de volgende thema's:

- aard en inhoud van juridisering;
- juridische ontwikkelingen in de huisartsenzorg;
- juridische risico's voor huisartsen.

Ik sluit af met een slotbeschouwing, waarin ik een antwoord geef op de vraag of er sprake is van juridisering van de (huisartsen)zorg.

Wat houdt juridisering in?

Juridisering kan worden omschreven als een toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties¹. Aldus omschreven is juridisering niet per definitie een probleem. Juridisering kan zelfs geboden zijn, bijvoorbeeld om meer evenwicht te brengen in de relatie tussen verschillende maatschappelijke groeperingen. Bij wijze van voorbeeld kan worden gewezen op de ontwikkeling die heeft geleid tot een verduidelijking en versterking van de rechten van de patiënt, onder meer door de inwerkingtreding, in 1995, van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). De Wgbo is zonder meer een voorbeeld van juridisering, maar niet per definitie een slecht voorbeeld.

Wanneer over de juridisering van de gezondheidszorg wordt gesproken, wordt nogal eens een negatieve definitie van juridisering gehanteerd, door juridisering te typeren als een *hinderlijke* toename van juridische bemoeienis. Die definitie acht ik niet juist. Of een ontwikkeling hinderlijk is, moet worden afgeleid uit een weging van de voor- en nadelen daarvan. Als er situaties zijn waarin juridisering juist nodig is om willekeur te voorkomen of machtsongelijkheid te verminderen, kan er dus sprake zijn van goede of gewenste juridisering. Overtreffen de ongewenste neveneffecten de (beoogde) voordelen, dan is sprake van slechte juridisering. De definitie van het fenomeen juridisering behoort dus een neutrale te zijn.

Ook bij het noemen van voorbeelden van juridisering blijkt uit de praktijk een preoccupatie met negatieve aspecten van het fenomeen. Als voorbeelden worden vaak genoemd: een stijging van het aantal klachtenprocedures en het aantal ingediende claims, een toename van de hoogte van de aan patiënten toegekende schadevergoedingen en het ontstaan van defensieve geneeskunde. Er kunnen zich twee vormen van defensieve geneeskunde voordoen. De eerste is, dat onnodige verrichtingen worden uitgevoerd, om het verwijt te voorkomen dat de arts jegens de patiënt iets heeft nagelaten. De tweede vorm is dat risicovolle verrichtingen worden vermeden, omdat bij deze verrichtingen de kans op een ongewenst resultaat, en dus op een klacht van een patiënt, te groot wordt geacht.

Juridisering in de praktijk

In de praktijk lijkt het evenwel niet zo'n vaart te lopen. Recent onderzoek laat zien dat het aantal schadeclaims van patiënten al een jaar of twintig een vrij stabiel beeld vertoont. Het aantal verrichtingen in de gezondheidszorg stijgt sneller dan het aantal ingediende claims. Ook de gemiddelde hoogte van de toegekende schadevergoedingen is de afgelopen jaren niet opmerkelijk toegenomen². In Nederland is nooit onderzoek gedaan naar defensieve geneeskunde, maar evenmin zijn er aanwijzingen dat er sprake is van structurele vormen daarvan. Uiteraard zal een arts wel eens een - strikt genomen - onnodig onderzoek laten verrichten, maar een algemeen probleem lijkt dat niet te zijn. Voor het aantal tegen artsen ingediende klachten bij de tuchtrechter geldt ook dat van een opmerkelijke stijging geen sprake is. Op de tuchtklachten met betrekking tot huisartsen kom ik nog terug.

Juridisering kan zowel een feitelijke ontwikkeling zijn als een gevoel. Het gevoel van juridisering kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door met veel publiciteit omgeven rechtszaken tegen artsen. Ik noem drie recente voorbeelden van procedures tegen een huisarts.

De eerste zaak is die van de Afghaanse baby. De situatie was als volgt³. Een huisarts ziet een Afghaans echtpaar met een zieke baby. Na onderzoek acht de huisarts het raadzaam dat ouders en kind naar het ziekenhuis gaan. De ouders gaan met eigen vervoer, maar verdwalen. Zij komen later bij het ziekenhuis dan de bedoeling was. Inmiddels is de baby zo ziek dat deze overlijdt. De insturende huisarts krijgt het verwijt de ernst van de aandoening van de baby niet te kennen onderkend. De huisarts had, zo wordt gesteld, de baby per ambulance naar het ziekenhuis moeten laten brengen. In deze zaak wordt de huisarts strafrechtelijk vervolgd, wegens dood door schuld. Dit loopt voor de huisarts goed af. De strafrechter oordeelt dat de aandoening waaraan de baby overleed zo uitzonderlijk was, dat de huisarts daarop niet bedacht had hoeven zijn. Vanuit het perspectief van juridisering is in deze zaak vooral van belang de beslissing van het Openbaar Ministerie om de huisarts strafrechtelijk te vervolgen. Waarom deze harde juridische aanpak, en niet een procedure voor de tuchtrechter? In het algemeen is het zo dat in situaties waarin professioneel handelen ter discussie staat, de gang naar de tuchtrechter de voorkeur verdient. Het strafrecht is een uiterst middel, te gebruiken in situaties waarin het gaat om zeer nalatig en/of opzettelijk handelen.

Een tweede voorbeeld is de Implanon-affaire. Een aanzienlijk aantal vrouwen is zwanger geraakt na en ondanks het inbrengen van het voorbehoedsmiddel Implanon. Dit middel bestaat uit een door de huisarts onderhuids in te brengen staafje. Dit staafje scheidt een stof af die zwangerschap moet voorkomen. De vraag is waaraan het falen van Implanon te wijten is: aan ondeugdelijkheid van het middel of van de daarbij behorende gebruiksinformatie of aan een ondeugdelijke handelwijze van de huisarts die het staafje inbracht? Een aantal vrouwen spant een juridische procedure aan tegen de fabrikant van het middel en tegen de huisarts (zo'n 15 in totaal). De rechter stelt vast dat sluitend bewijs betreffende de aansprakelijkheidsverdeling er niet is. Hij stelt zowel de fabrikant als de huisartsen aansprakelijk, behoudens de mogelijkheid voor elk van de partijen om te bewijzen dat de fout bij een ander ligt⁴. Dat is overigens geen makkelijke bewijspositie. De Implanon-affaire roept zonder twiifel gevoelens van juridisering op, nu in deze zaak tegen zo'n 15 huisartsen procedures zijn gevoerd. Anderzijds is dit inherent aan de mogelijkheden en doelstellingen van het civiele aansprakelijkheidsrecht. In dat licht gezien baart de Implanon-affaire geen opzien. Een dergelijke cumulatie van procedures is in het verleden wel vaker voorgekomen, ook in de gezondheidszorg.

Het derde voorbeeld uit de huisartsensfeer betreft de tuchtprocedure tegen de huisarts die ook lid is van de Tweede Kamer⁵. In zijn hoedanigheid als politicus deed deze arts uitspraken over anti-rookmaatregelen, welke uitspraken hem door een belangenorganisatie op dit terrein niet in dank werden afgenomen. De organisatie diende een klacht bij de tuchtrechter in, welke klacht uiteindelijk niet-ontvankelijk werd verklaard. Dat laatste lag voor de hand, omdat bij de tuchtrechter alleen kan worden geklaagd over handelen van (huis)artsen in de context van individuele patiëntenzorg. Gezien vanuit de optiek van juridisering is bij deze zaak van belang dat de betrokken belangenorganisatie het middel 'tuchtprocedure' aanwendde om haar doel te bereiken. Dat duidt erop dat juridische middelen sneller, en soms ook lichtvaardiger, worden aangewend dan vroeger het geval was.

Ontwikkelingen

Er doen zich verschillende ontwikkelingen voor die zouden kunnen worden gezien als of in verband gebracht kunnen worden met juridisering van de zorg.

Ik bespreek deze ontwikkelingen kort, en geef steeds aan hoe deze ontwikkelingen, in het licht van het juridiseringsdebat, zouden kunnen worden getypeerd:

- *Er komt steeds meer patiëntenwetgeving.* Dat is juist. De afgelopen jaren is met betrekking tot tal van onderwerpen wetgeving tot stand gebracht: rechten van de patiënt, klachtrecht, orgaandonatie, medische keuringen, euthanasie e.d. Hierdoor is de juridisering zonder twijfel toegenomen. Onbegrijpelijk is dit echter niet. Het gaat om belangrijke en maatschappelijke gevoelige onderwerpen, waar de wetgever niet altijd kan worden gemist. Het gaat niet altijd om nieuwe regels. De patiëntenrechtenwet uit 1995, de Wgbo, bevat in hoofdzaak een vastlegging van al veel eerder ontwikkelde rechten;
- *Mogelijkheden om te klagen worden geaccentueerd.* Ook dat is juist. Er is de afgelopen jaren in veel media steeds meer aandacht voor de mogelijkheden die patiënten hebben om een klacht of een claim in te dienen. Hiervoor is echter al opgemerkt dat dit niet heeft geleid tot een opmerkelijke toename van het aantal klachten en claims;
- *Er is sprake van meer consumentisme.* Duidelijk is dat de houding van sommige patiënten is veranderd. Sommigen stellen zich veeleisend op, en hebben er moeite mee dat de huisarts niet aan hun wensen wil voldoen. Ook zijn er berichten over een toename van agressie in de huisartsenpraktijk. Het aardige is dat zich op dit punt een vorm van juridisering voordoet die er juist op gericht de positie van de hulpverlener te versterken. In recente rechtspraak zijn de mogelijkheden voor artsen om paal en perk te stellen aan onheus gedrag van patiënten geaccentueerd en uitgewerkt. Een overzicht geeft de in 2005 verschenen KNMG-richtlijn 'Niet-aangaan of beëindigen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst';
- *Er wordt steeds vaker verwacht dat de arts verantwoording aflegt.* Er zijn steeds meer partijen die transparantie van de arts verwachten. Niet alleen de patiënt, maar ook patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, de inspectie of - indien van toepassing - het instellingsmanagement. Deze ontwikkeling kan tot op zekere hoogte als een inhaalslag worden getypeerd. Het afleggen van verantwoording is belangrijk, maar vond in de gezondheidszorg nog maar in beperkte mate plaats. Dat is op zichzelf een goede ontwikkeling, zolang maar de balans wordt behouden tussen zinvolle informatie en zinloze bureaucratie;
- *De organisatie van de zorg wordt complexer.* Dit is een belangrijke ontwikkeling, juist ook in de context van juridisering. In veel gevallen zijn bij de behandeling van een patiënt meerdere hulpverleners betrokken, waarvan de huisarts er één is. Ketenzorg en transmurale projecten benadrukken dat. Voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg is dat van groot belang, maar er zijn ook valkuilen, bijvoorbeeld als niet goed wordt afgesproken wie van de participerende hulpverleners welke verantwoordelijkheid heeft.

Juridische risico's voor de huisarts

Een belangrijke indicator voor juridisering wordt gevormd door het aantal ingediende tuchtklachten. Dit aantal laat in het algemeen de laatste jaren een dalende trend zien⁶. Met betrekking tot het aantal tuchtklachten dat tegen huisartsen wordt ingediend was er van 2002 naar 2003 een stijging (van 160 naar 218), maar die stijging zette zich in 2004 niet door. In dat jaar werden er tegen huisartsen 208 tuchtklachten ingediend. De belangrijkste onderwerpen van die klachten zijn:

- Geen of onvoldoende zorg (=58);
- Onjuiste behandeling/diagnose (=28);
- Niet of te laat verwijzen (=18)
- Niet of te laat komen (=17);
- Onheuse bejegening (=14);
- Onjuiste geneeskundige verklaringen (=9).

Dit klachtenpatroon baart geen opzien. Het gaat om onderwerpen die al vele jaren hoog scoren bij klachten over en tegen huisartsen. Het zijn en blijven onderwerpen waar huisartsen alert op moeten zijn. Wel kan het zo zijn dat bepaalde onderwerpen door nieuwe ontwikkelingen (zoals de toegenomen complexiteit van de zorg, de opkomst van huisartsenposten) in een ander licht kunnen komen te staan. Werken er rond de patiënt meer hulpverleners samen, dan kan het gebeuren dat de patiënt onvoldoende informatie krijgt, omdat de ene hulpverlener ten onrechte veronderstelde dat zijn collega de patiënt al geïnformeerd had. Dat kan tot meer klachten over informatie en communicatie leiden. Ook is denkbaar dat onduidelijkheden over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de huisarts en de huisartsenpost aanleiding geeft tot klachten⁷. Hierdoor kunnen de juridische risico's van de huisarts er anders uit komen te zien. Daarbij is duidelijk dat de tuchtrechtelijke risico's groter zijn dan de civielrechtelijke. Huisartsen worden veel minder dan medisch specialisten geconfronteerd met schadeclaims.

Slotbeschouwing

Op basis van het bovenstaande concludeer ik dat er zeker sprake is van juridisering van de zorg, maar dat het met hinderlijke juridisering (dwz juridisering met een ongunstige kosten-baten verhouding) erg meevalt. Het aantal klachten en claims tegen (huis)artsen vertoont geen spectaculaire ontwikkelingen. Er is de afgelopen jaren de nodige patiënten- en kwaliteitswetgeving van kracht geworden, maar blijkens de inmiddels uitgevoerde evaluaties van deze wetgeving hebben de wettelijke regelingen voor de praktijk geen onoverkomelijke belemmeringen opgeleverd. Feiten die op juridisering wijzen zijn er dus niet zoveel. Wat wel bestaat is het gevoel dat er van juridisering sprake is. Aan dat gevoel dragen bijvoorbeeld bij juridische procedures zoals kort beschreven in par. 3 en de publiciteit daarover. Er zijn nieuwe risico's voor de huisarts (samenwerking in het kader van ketenzorg, verantwoordelijkheidsverdeling huisarts-huisartsenpost), maar het gaat om risico's die goed te beteugelen zijn en die geen aanleiding geven te denken dat de balans van juridische interventies ten nadele van de huisarts zal veranderen. Centraal staat nog steeds de notie van professioneel verantwoord handelen, op een wijze die vooral door de beroepsgroep zelf wordt bepaald (dmv gedragsregels, richtlijnen e.d.). Belangrijke elementen zijn deskundigheid, bejegening, communicatie (zowel met de patiënt als met collega's) en documentatie. Als opleiding en kwaliteitsbeleid daarop gericht blijven, hebben huisartsen van juristen en juridische interventies weinig te vrezen.

Referenties

1. Legemaate J. Goed recht - De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht; 1994.
2. Hubben JH, Christiaans I. Geen spectaculaire ontwikkeling van de medische schadeclaims in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;148:1250-1255.
3. Rechtbank Utrecht 11 augustus 2004. Medisch Contact 2004;59:1409-1410.
4. Rechtbank 's-Hertogenbosch 15 juni 2005, LJN: AT7382 en AT7353.
5. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 augustus 2003. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2003;27:564-565.
6. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Jaarbericht 2004. Den Haag: IGZ; 2005.
7. Doppegieter RMS. Een nieuwe ontwikkeling in de huisartsenzorg: de huisartsendienstenstructuur, een aantal juridische aspecten. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005;29:208-220.

HOOFDSTUK 3

KWALITEIT VAN ONDERWIJS EN KWALITEIT VAN ZORG

Prof. Jan de Maeseneer
Hoogleraar Huisartsgeneeskunde en
Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Inleiding

In deze bijdrage zullen we eerst stilstaan bij het veranderend onderwijslandschap en hoe het begrip "kwaliteit" hierop impact heeft. Daarna zullen we kijken naar de kwaliteit van de zorgverlening en de manier waarop steeds meer aandacht aan kwaliteit wordt besteed. Tenslotte plaatsen we een aantal uitdagingen voor de huisartsgeneeskunde in Europees perspectief.

Het veranderend onderwijslandschap en het belang van kwaliteit

Nadat in de jaren '70 en '80 onderwijsontwikkeling vooral het terrein was van gedreven "vernieuwers", kan heden ten dage geen enkele onderwijsinstelling zich nog tevreden stellen met het jaarlijks reproduceren van hetzelfde onderwijsaanbod.

De conferentie van de Europese ministers verantwoordelijk voor hoger onderwijs (Bergen, Noorwegen, 20.05.05) is terzake duidelijk: "We recognise that time is needed to optimise the impact of structural change on curricula and this to ensure the introduction of the innovative teaching and learning processes that Europe needs". Het sleutelwoord bij deze vernieuwingen is "kwaliteit" en de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur.

Het meest interessant zijn de kwalificaties op het vlak van kennis, vaardigheden en attitudes, die vereist zijn voor het behalen van een "master-degree", zoals die zijn geformuleerd door de "Joint Quality Initiative" werkgroep (de zogenaamde "Dublin descriptors": zie figuur 1).

Figuur 1: Dublin descriptors (Joint Quality Initiative).

Qualifications that signify completion of the second cycle are awarded to students who:

- *have demonstrated knowledge and understanding that provides a basis or opportunity for originality in developing and/or applying ideas, often within a research context;*
- *can apply their knowledge and understanding, and problem solving abilities in new or unfamiliar environments within broader (or multidisciplinary) contexts related to their field of study;*
- *have the ability to integrate knowledge and handle complexity, and formulate judgements with incomplete or limited information, but that include reflecting on social and ethical responsibilities linked to the application of their knowledge and judgements;*
- *can communicate their conclusions, and the knowledge and rationale underpinning these, to specialist and non-specialist audiences clearly and unambiguously;*
- *have the learning skills to allow them to continue to study in a manner that may be largely self-directed or autonomous.*

Als men deze kwalificaties leest vanuit het perspectief van de huisartsgeneeskunde, dan zijn ze perfect toepasbaar op dat wat van een huisarts in de 21^{ste} eeuw wordt verwacht. Het zal daarom niet toevallig zijn dat de huisartsgeneeskunde bij hervormingen van curricula van de artsopleiding overal ter wereld zo'n belangrijke rol heeft gespeeld. Er is mogelijk nog een andere reden waarom zij een cruciale rol speelt bij de innovatie van het medisch onderwijs: de huisartsgeneeskunde levert een belangrijke bijdrage tot "social accountability" van medische opleidingen die meer en meer worden aangesproken op de aanpak van de gezondheidsproblemen.

Vier dimensies komen bij de "social accountability" aan bod:

- "Quality": het optimaal beantwoorden aan de professionele standaarden;
- "Equity": een bijdrage leveren tot een betere toegankelijkheid van gezondheid(szorg);
- "Relevance": de mate waarin de belangrijkste problemen de noodzakelijke aandacht krijgen;
- "Cost-effectiveness": de maximale impact op gezondheid realiseren met een gepast gebruik van de bestaande middelen.

(Bron: Towards Unity for Health; zie: www.the-networktufh.org)

Uit de recente Visitatieprocedure van de opleidingen geneeskunde in Vlaanderen, georganiseerd door de NVAO, blijkt dat visitatiecommissies in toenemende mate belang hechten aan "social accountability". Zo kreeg de artsopleiding van de Universiteit Gent een vermelding voor het bijzonder kwaliteitskenmerk "community orientation" en "social accountability". De Commissie verwees hierbij naar de inspanningen om studenten in contact te brengen met de gezondheidsproblemen van kwetsbare groepen in de samenleving en het direct engageren van studenten bij de gezondheidsproblemen in achterstandswijken. Niet alleen op het vlak van onderwijs, maar ook op het vlak van wetenschappelijk onderzoek wordt "impact op de samenleving" meer en meer een aandachtspunt. Het KNAW-rapport uit 2002 "The societal impact of applied health research" geeft aan welke wegen hierbij kunnen worden bewandeld.

Samenvattend kan men stellen dat de huidige veranderingen van het medisch onderwijs veel meer zijn dan een pedagogische modernisering. Het is ook de bewustwording van de plaats en verantwoordelijkheid van het hoger onderwijs in een veranderend maatschappij. Onderwijshervormers zullen echter ook moeten toegeven dat een betere opleiding niet automatisch leidt tot betere zorg of zelfs betere gezondheid. Opleiding is slechts een deel van de oplossing, er is veel meer nodig...

Kwaliteit van de zorg en de zorg voor kwaliteit¹

De definitie van 'The Institute of Medicine' voor kwaliteit van zorg wordt vandaag algemeen aanvaard: *"Zorgkwaliteit is de mate waarin de gezondheidszorg voor individuen en populaties de kans op gewenste gezondheidsuitkomsten verhoogt en in lijn is met de huidige professionele kennis"*².

Figuur 2 toont het complexe beeld van de determinanten van kwaliteit, uitgaande van de Donabedian-driehoek van structuur, proces en uitkomst³. Het biedt een theoretisch kader dat toelaat de zorgkwaliteit te analyseren⁴.

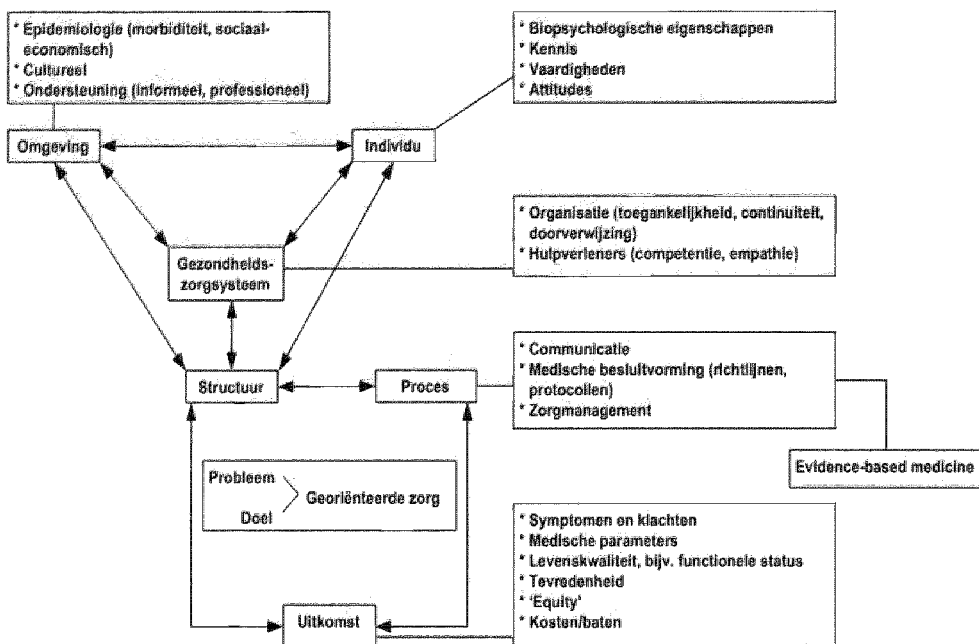
Structuur

'Structuur' omvat drie componenten die onderling afhankelijk zijn: de maatschappij, het individu en het gezondheidszorgsysteem. De maatschappij omvat de zogenaamde "epidemiologische gemeenschap", gekenmerkt door specifieke morbiditeit, sociaal-economische status, werkgelegenheid, huisvesting en andere variabelen, een "culturele gemeenschap" (antropologisch referentiekader) en een "ondersteunende samenleving" met formele, en informele en professionele netwerken. Op individueel vlak wordt de klinische zorg beïnvloed door de biopsychologische status van het individu, zijn kennis (over het functioneren van het lichaam), vaardigheden (coping, zelfzorg) en attitudes (perceptie van gezondheid en overtuigingen over gezondheid)⁵.

Proces

'Proces' verwijst naar alle interacties tussen patiënten en hulpverleners. De kwaliteit van het proces hangt grotendeels af van adequate communicatie, het nemen van gepaste medische beslissingen en zorgmanagement. Aanbevelingen, protocollen en algoritmes die het proces ondersteunen, zijn steeds vaker gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Structuur en proces zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en in voortdurende interactie. Zowel structuur als proces zullen de uiteindelijke uitkomst bepalen.

Figuur 2: Theoretisch kader voor structuur, proces en uitkomst.



Uitkomst

'Uitkomst' wordt bepaald door hoe patiënt en arts gezondheid en ziekte percipiëren. Deze perceptie is verschoven van probleemgericht naar doelgericht denken⁶: deelname aan het sociale leven is voor een patiënt met een chronische longaandoening belangrijker dan de verandering van zijn longfunctietest.

Hiermee komen we tot een aantal relevante en meetbare uitkomstindicatoren: tekenen en symptomen, lichaamsfuncties (bloeddruk, bloedglucose of piekstroom), levenskwaliteit (functionele status)⁷, patiënttevredenheid⁸ en sociale 'equity' of billijkheid.

In figuur 2 benadrukken we de complexiteit van deze verschillende kwaliteitscomponenten en tonen we aan waarom een lineaire, mechanistische aanpak de kwaliteit van zorg niet kan verbeteren. 'Evidence-based medicine' mag in het kwaliteitsdebat niet worden overschat. De rol van EBM is beperkt tot het verbeteren van de wetenschappelijke onderbouwing van aanbevelingen en protocollen. Onderzoek toont een essentieel aspect van zorgkwaliteit aan namelijk de noodzaak om uitkomsten een bepaalde waarde te geven. Evidence-based medicine kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de manier waarop deze uitkomsten worden nagestreefd, evalueren. Rekening houdende met de beperkingen van het gezondheidszorgbudget is 'equity' als uitkomstwaarde (en niet als kostenbeheersing) een belangrijke uitkomstvariabele op maatschappelijk niveau.

Dit impliceert dat er drie soorten 'evidentie' nodig zijn.

Medische, contextuele en beleidsgebonden evidentie

Bij het nemen van klinische beslissingen die bedoeld zijn om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren, is goede kennis van de aandoening nodig (medische evidentie). Tegelijkertijd moeten we rekening houden met patiëntgebonden aspecten van medische zorg (contextuele evidentie) en doelmatigheid (efficiëntie), 'equity' en rationele verdeling van de middelen (beleidsondersteunende en -sturende evidentie).

Medische evidentie

Hoewel de hoeveelheid beschikbare medische evidentie dagelijks toeneemt, blijven veel belangrijke vragen onbeantwoord. Een analyse van zeventig Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) identificeerde 875 relevante klinische vragen waarop in de literatuur geen antwoord werd gevonden⁹. Klinische vragen appelleren aan verschillende methodologische benaderingen, zoals beslistkundige analyses¹⁰, meta-analyses¹¹⁻¹², praktijkrichtlijnen¹³, klinisch redeneren¹⁴, ziektemanagement¹⁵⁻¹⁶, systematische reviews (Cochrane collaboration) en kritische besprekingen¹⁷⁻²⁰. Bij al deze methodes steunt EBM op gerandomiseerde klinische studies die doeltreffendheid benadrukken. In de huisartsenpraktijk is er een spanningsveld tussen resultaten van (EBM) klinisch onderzoek en dagelijkse praktijk. Immers, kijkend naar leeftijd, etnische achtergrond of co-morbiditeit en de typische presentatie aan de huisarts van specifieke symptomen in een vroeg ziektestadium, includeert men in wetenschappelijk klinisch onderzoek meestal geen patiënten die representatief zijn voor de eerste lijn²¹. In de praktijk zijn klinische beslissingen over behandelingen meestal gebaseerd op symptomen (zoals dysurie²², keelpijn²³ of purulente rinorroe²⁴). We concluderen dat er in de huisartspraktijk behoefte is aan onderzoek dat hierbij aansluit, immers de behandeling begint doorgaans wanneer de diagnose nog niet bekend is.

Is de interventie effectief?

Veel patiënten in de eerste lijn hebben twee of meer aandoeningen, zelfs zonder gemeenschappelijke biologische basis (co-morbiditeit of multi-morbiditeit).

Dit is meestal het geval bij ouderen (78% van de populatie van 80 jaar en ouder)²⁵. Deze naast elkaar bestaande aandoeningen beïnvloeden wel de behandeling. Er bestaan veel gegevens over de behandeling van obstructief longlijden of van type 2 diabetes voor patiënten jonger dan 75 jaar. Maar er is weinig evidentie over hoe een 82-jarige patiënt met beide aandoeningen moet worden behandeld. Dit dilemma duidt op de nood aan onderzoek naar de effectiviteit van diagnostische en therapeutische interventies, dat rekening houdt met de kenmerken van patiënten in de huisartspraktijk.

Het is tevens belangrijk om de relevantie van negatieve studieresultaten in te zien. Deze kunnen ons helpen om onjuiste of niet-effectieve interventies te identificeren. Een illustratie hiervan zijn de studies die een rationeel gebruik van antibiotica bij bijvoorbeeld acute bronchitis onderzoeken²⁶.

Is de evidentie relevant?

Een ander probleem in de toepassing van EBM is dat de op statistiek gebaseerde resultaten aan de praktiserende huisarts gepresenteerd worden, die echter richtlijnen wil voor een 'ja of nee' beslissing bij een concrete patiënt.

Onderzoek levert voor deze arts, in Richard's woorden, 'meer onzekere zekerheid'²⁷. Een groter probleem nog is de beschikbaarheid van evidentie. Een basisvooronderstelling bij de ontwikkeling van guidelines en aanbevelingen is dat klinisch onderzoek altijd klinisch relevant is. In de realiteit wordt veel onderzoek echter gedreven door commerciële belangen²⁸. Sterker, de farmaceutische industrie kan zelfs actief betrokken zijn bij het zogenaamde "creëren van een ziekte", zoals in het geval van de aandoening "seksuele disfunctie bij de vrouw"²⁹. Het gevolg is dat meer studies worden gepubliceerd over farmacologische behandelingen dan over het effect van interventies die gericht zijn op gedragsverandering. Er bestaat dus een gevaar dat EBM nastreeft wat mogelijk en beschikbaar is, eerder dan wat relevant is.

Contextuele evidentie

Contextuele evidentie⁵ is nodig om artsen te helpen om een specifieke patiënt in een specifieke situatie te behandelen³⁰. Hier gaat het over de principes van een goede arts-patiëntcommunicatie. Goede communicatie is geen blauwdruk om een gunstige uitkomst te garanderen³¹. Het karakter en de persoonlijkheid van arts en patiënt, hun gezamenlijke achtergrond (zorgcontinuïteit), de eigenschappen van de aandoening (levensbedreigende ziekte, depressie, chronische pijn) en de familiale, sociaal-economische en culturele omstandigheden zijn factoren die de communicatie beïnvloeden.

Gevaar voor overwaardering

De kern van de zaak is dat wat een diagnostische methode vormt – communicatie om een anamnese af te nemen of een diagnose mee te delen – tegelijkertijd een interventie is. Het vertalen van onderzoeksresultaten naar de eigen handelen wordt hier moeilijk, vooral omdat in een gerandomiseerde gecontroleerde studie een strikte standaardisatie wordt toegepast om een anamnese af te nemen, een diagnose te formuleren en de patiënt te informeren. Het gevaar schuilt in het overwaarderen van de nieuwe methode ten opzichte van de gangbare behandeling.

Een ander nadeel hangt samen met de selectieve studie-uitval: patiënten met een lagere sociaal-economische status vallen het vaakst uit tijdens de follow-up in gerandomiseerd gecontroleerde studies. Gewoonlijk wordt in publicaties weinig informatie gegeven over de sociaal-economische kenmerken van patiënten die uitvallen³², hetgeen extrapolatie van de resultaten naar alle patiënten bemoeilijkt.

Behoeftte aan een veelzijdige aanpak

Extrapolatie van onderzoek naar de praktijk vooronderstelt dat patiënten openstaan voor een rationele aanpak, verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en geïnformeerd, zelfstandig beslissingen nemen. Maar veel patiënten schrijven hun gezondheidsstatus toe aan factoren die buiten hun controle liggen (externe 'health locus of control'). Terwijl onderzoeksresultaten ons kansen en aantallen te behandelen patiënten ("Numbers Needed to Treat") geven, verwachten patiënten van hun arts "zekerheden" en willen ze weten of een behandeling al dan niet succesvol is voor hen persoonlijk. Bij het promoten van de beste onderbouwde zorg, kunnen artsen verstrikt geraken in een conflict tussen hun gezondheidsbevorderende taak en het respect voor de autonomie van de patiënt³³. Het nastreven van medische meerwaarde boven de autonomie van de patiënt kan worden gezien als solidariteit met de patiënt, maar ook als paternalisme. Op dezelfde manier kan het respecteren van het zelfbeslissingsrecht worden beschouwd als onverschilligheid voor hun medische noden. Aangezien de (huis)arts bij elk consult met deze factoren rekening moet houden, is begrip van contextuele evidentie nodig om de kloof tussen doeltreffendheid (wat in ideale omstandigheden werkt) en effectiviteit (wat in de dagelijkse praktijk werkt) te overbruggen.

Beleidsgebonden evidentie

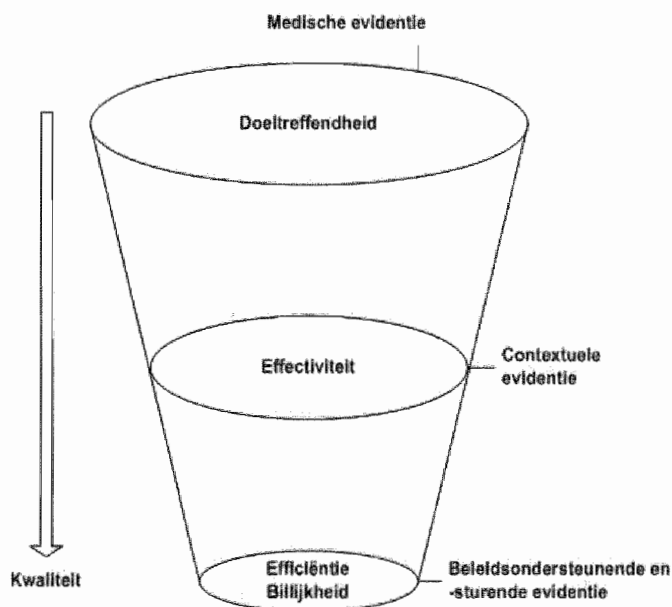
Het gezondheidsbeleid in een land heeft invloed op elke ontmoeting tussen (huis)artsen en hun patiënten. Daarom heeft de praktijk behoefte aan beleidsgeoriënteerde evidentie die efficiëntie, 'equity' (billijkheid) en het rationeel verdelen van beschikbare middelen omvat. Een behandeling die voordelig is voor de ene patiënt is dat niet per se voor de andere. Maynard heeft de gevolgen van het toekennen van middelen in meer algemene termen benadrukt³⁴. Nemen we aan dat er twee behandelingsopties zijn: optie A leidt tot overleving met een goede levenskwaliteit over vijf jaar; optie B leidt tot eenzelfde overleving over tien jaar. Optie B zou een vanzelfsprekende evidence-based keuze zijn. Maar als we rekening houden met budgetbeperkingen en optie B de duurdere optie is, dan kan op bevolkingsniveau optie A meer jaren (van meer patiënten!) met een goede levenskwaliteit opleveren dan optie B. Vanuit bevolkingsperspectief is de beste evidence-based keuze dan optie A.

Een arts die optie B voorschrijft, gebruikt de beschikbare middelen niet efficiënt en weerhoudt andere patiënten van goede zorg. Op nationaal of internationaal vlak bemoeilijkt de beste kwaliteitszorg voor een individu de verdeling van welvaart tussen rijk en arm.

Reglementeringen zoals het (niet) bestaan van een poortwachter, terugbetaling en persoonlijke bijdragen, reglementeringen voor advertenties voor geneesmiddelen en continue medische vorming, hebben effect op het gedrag van artsen en patiënten dat de grenzen van het gezondheidszorgsysteem overstijgt. Bij beroepsgebonden astma bijvoorbeeld kan het wijzigen van de werkomstandigheden de meest logische interventie zijn voor de patiënt. Maar uit angst om zijn werk te verliezen kan de patiënt kiezen voor een symptomatische behandeling zonder zijn werkgever op de hoogte te brengen van de diagnose.

Figuur 3 toont hoe we conclusies uit de drie soorten evidentie moeten samenvoegen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Figuur 3: Drie soorten evidentie om de kwaliteit te verbeteren.



Uitdagingen voor de (huis)arts in een veranderend maatschappelijk veld

De vraag naar de kenmerken van het "veranderend maatschappelijk veld", wordt verschillend beantwoord door artsen, patiënten, politici en sociologen. *Artsen* schuiven naar voren dat vooral de demografische ontwikkelingen, de wijzigingen in morbiditeit en mortaliteit en de nieuwe technologische ontwikkelingen de essentie uitmaken van de maatschappelijke veranderingen.

Een studie van de doodsoorzaken in Vlaanderen in 2001³⁵ toont aan dat voor de leeftijdsgroepen tot 29 jaar ongevallen in de privé-sfeer en verkeersongevallen de belangrijkste doodsoorzaken zijn. Deze vragen om een maatschappelijke aanpak. Zelfmoord in de leeftijdsgroep van 30 tot 49 jaar voor de mannen en van 30 tot 39 jaar voor de vrouwen stelt de vraag naar de gezondheidstoestand van de samenleving. Doodsoorzaken boven de

50 jaar hebben in een niet onbelangrijke mate te maken met leefstijl (ongezonde voeding, weinig beweging, roken). De rol van de individu gerichte curatieve geneeskunde bij de beïnvloeding van deze doodsoorzaken is dus beperkt.

Ook de patiënt presenteert zich vandaag anders dan pakweg 20 jaar geleden: de patiënt is beter geïnformeerd. De patiënt wenst mee te kunnen beslissen, hij verwacht van het gezondheidszorgsysteem een flexibele "service" (en zeker geen wachtlijsten).

Politici die kijken naar de weerslag van de maatschappelijke veranderingen op de gezondheidszorg, hechten vooral belang aan de kwaliteit van de zorgverlening, de noodzaak aan "transparantie" en bovenal moet het kostenplaatje onder controle gehouden worden. Een vergelijking België-Nederland maakt duidelijk dat zowel het weinig gestructureerde open marktmodel (met hoofdzakelijk betaling per verrichting) als het gereguleerde model (met globale financiering) problemen kent en dat beide modellen sterk in evolutie zijn.

Sociologen geven aan dat de belangrijkste veranderingen zijn dat we van een samenleving waar industriële massaproductie centraal stond geëvolueerd zijn naar een kennis-maatschappij. Deze transitie heeft belangrijke gevolgen op het vlak van verdeling van welvaart, macht en op de aard van sociale interacties. Binnen de geneeskunde kan men zich daar wel iets bij voorstellen: de "Codex Medicus" als bijbel werd vervangen door "clinical evidence". De kennis die hierbij gehanteerd wordt is niet langer "authority based" maar "evidence based". Klinische ervaring moet het afleggen tegen odds ratio's.

Tegelijkertijd leren sociologen ons dat we meer en meer leven in een risicomaatschappij³⁶. Het gaat hierbij om 3 soorten risico's. Ten eerste onderscheidt men "ecologische" risico's (het belang van voedselveiligheid, treffend geïllustreerd door de dioxinecrisis in België; het belang van water- en luchtvervuiling; de lawaaihinder rond vliegvelden en de angst voor de "vogelgriep"). Vervolgens zijn er "sociaal-economische" risico's: de verontrustende vaststelling dat sociaal economische gezondheidsverschillen blijven toenemen³⁷. Als laatste zijn er "individualiseringsrisico's" (toenemend aantal alleenstaanden, éénoudergezinnen, de afwezigheid van sociale netwerken. Zeker huisartsen en sociaal geneeskundigen worden geconfronteerd met de weerslag van deze risico's op gezondheid en welbevinden.

Toenemende mobiliteit heeft in de laatste 10 jaar de ontwikkeling van een "multiculturele samenleving" versneld. Ofschoon de gevolgen hiervan voor de West-Europese landen beperkt zijn in vergelijking met Afrika, blijft het moeilijk ermee om te gaan. De multiculturele samenleving is intussen duidelijk aanwezig in de spreekkamer van de huisarts.

In de postindustriële informatiemaatschappij leven arts en patiënt in nieuwe verbanden: hiërarchische permanente structuren maken plaats voor flexibele tijdelijke netwerken en dit zowel wat betreft de professionele organisatie als in het privé-leven. Gegeven de positie die artsen in de hiërarchie steeds hebben ingenomen, vraagt deze transitie nieuwe attitudes. Al deze ontwikkelingen leiden tot een toenemende dualisering binnen de samenleving. Het overgrote deel (70 à 80%?) participeert aan de ontwikkeling van kennis, technologie, welvaart. De "rest" komt in toenemende mate buiten spel te staan.

Het politieke antwoord op deze maatschappelijke ontwikkelingen verkeert duidelijk in crisis: vastgesteld moet worden dat de politiek de mate waarin ze in staat is om in de samenleving het verbindend vermogen tot stand te brengen, overschat heeft. Hulpverleners en gezondheidswerkers zijn voor een groeiend aantal mensen nog de enige verbinding met de samenleving, het enige signaal dat "zij meetellen", dat "de maatschappij om hen bekommerd is". Tegenover dit toegenomen verwachtingspatroon naar de gezondheidszorg staat de vaststelling dat de sector vanuit de politieke wereld steeds meer onder vuur komt te liggen: wat zijn de doelstellingen? Worden deze op een efficiënte wijze gerealiseerd? Levert de gezondheidszorg een bijdrage tot meer sociale rechtvaardigheid?

Uitdagingen voor de arts van nu en straks

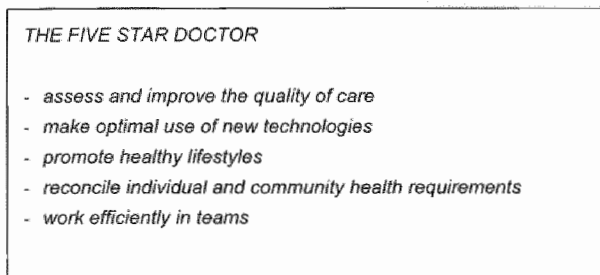
Artsen worden betrokken bij de discussie rond kosteneffectiviteit. De samenleving verwacht dat zij meewerken aan het evenwicht tussen de individuele aanspraken van de patiënt en de collectieve noden van de bevolking. Alleen door wetenschappelijk onderbouwd en maatschappelijk verantwoord te werken, kunnen artsen bijdragen tot de toegankelijkheid van het

zorgsysteem. Dit betekent dat artsen meer en meer zullen functioneren in interdisciplinaire netwerken, waarbij ze meer dan vroeger gericht zullen zijn op hun kerntaken en waarbinnen subsidiariteit ervoor moet zorgen dat iedereen toegang heeft tot verantwoorde zorgverlening met de noodzakelijke kwaliteit voor de meest verantwoorde kostprijs.

Een toekomstvisie in een Europees perspectief

Internationaal werd door de wereldgezondheidsorganisatie het concept van "Five Star Doctor"³⁸ (zie figuur 4) gepresenteerd als een antwoord op de uitdagingen voor de arts in de 21^{ste} eeuw.

Figuur 4: "The five star doctor".



De Europese context biedt kansen om via een sterk uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg dit te realiseren. Aandachtspunten hierbij zijn een patiëntgerichte "responsiveness" voor een breed scala van problemen, het opnemen van een "navigatie"-functie om deze problemen, zonodig te begeleiden in de doorverwijzing naar de specialistische zorg en een oriëntatie op de behoeften van individuen, in de context van gezinnen en lokale gemeenschappen³⁹.

Europa heeft een aantal unieke mogelijkheden om vanuit de historische ontwikkeling een kwaliteitsvol Europees model van eerstelijnsgezondheidszorg te ontwikkelen. Het in april 2005 opgerichte European Forum for Primary Care wil hier een bijdrage toe leveren (www.euprimarycare.org).

In Europa zijn een drietal ontwikkelingspolen van belang: de "noordelijk pool" met aandacht voor transparantie, implementatie van EBM-guidelines en social accountability, de "zuidelijke ontwikkelingspool" met aandacht voor flexibiliteit en patiëntgerichtheid en de "oostelijke pool" met aandacht voor systematische preventie en met populatiegerichte zorg. Een combinatie van deze drie ontwikkelingen kan tot een inzichtelijk gezondheidszorgsysteem leiden.

Maar er zijn momenteel ook bedreigingen die hoofdzakelijk vanuit invloeden vanuit de Verenigde Staten "binnenwaaien": de toenemende aandacht en implementatie van "marktwerking in de zorg" en privatisering kan aanleiding geven tot een op winst gerichte benadering van de gezondheidszorg, met grote negatieve gevolgen op het vlak van toegankelijkheid en kwaliteit.

Het antwoord op de vraag in welke mate op solidariteit gebaseerde krachten dan wel toenemende privatisering en marktwerking de overhand zullen nemen, zal de toekomst van de gezondheidszorg in belangrijke mate bepalen. (Huis-)artsen zullen hierin stelling moeten nemen en hun stem laten horen in het maatschappelijke debat!

Referenties

1. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *The Lancet* 2003;362:1314-19.
2. Lohr KM. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington DC: National Academy Press, 1990.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.
4. De Maeseneer J. De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg. *Huisarts Wet* 1993; 36:437-9.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001;357:733.
6. Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
7. Scholten JHG, van Weel C. Functional status assessment in family medicine. Lelystad: Meditekst, 1992.
8. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82-7.
9. Tasche M, Oosterberg E, Kolnaar B, Rosmalen K. Inventarisatie van lacunes in huisarts-geneeskundige kennis: zeventig standaarden doorgelicht. *Huisarts Wet* 2001;44:91-4.
10. Pauker SG, Kassirer JP. Decision analysis: medical progress. *N Engl J Med* 1987;316:250-5.
11. Egger M, Smith GD. Meta-analysis-potentials and promise. *BMJ* 1997;315:1371-4.
12. Egger M, Smith GD, Phillips AN. Meta-analysis-principles and procedures. *BMJ* 1997;315:1533-7.
13. Bauchner H, Homer CJ, Salem-Schatz S, Adams W. The status of pediatric practice guidelines. *Pediatrics* 1997;99:876-81.
14. Hofmann PA. Critical path method: an important tool for coordinating clinical care. *J Qual Improve* 1993;19:235-46.
15. Harris JM. Disease management: new wine in new bottles? *Ann Intern Med* 1996;124:838-42.
16. Homer CJ. Asthma disease management. *N Engl J Med* 1997;337:1461-3.
17. Klassen TP, Jadad AR, Moher D. Guides for reading and interpreting systematic reviews. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:700-3.
18. Jadad A, Moher D, Klassen TP. Guides for reading and interpreting systematic reviews. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:812-7.
19. Moher D, Jadad AR, Klassen TP. Guides for reading and interpreting systematic reviews. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:915-20.
20. Bero L, Rennie D. The Cochrane Collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *JAMA* 1995;274:1935-8.
21. Van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J Gen Pract* 1996;2:17-21.
22. Christiaens TCM, De Meyere M, Verschraegen G, Peersman W, Heytens S, De Maeseneer J. Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. *Br J Gen Pract* 2002;52:729-39.
23. De Meyere M, Mervielde J, Verschraegen G, Bogaert M. Effect of penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992;43:581-5.
24. De Sutter AI, De Meyere MJ, Christiaens TC, van Driel ML, Peersman W, De Maeseneer JM. Does amoxicillin improve outcomes in patients with purulent rhinorrhea? A pragmatic randomized doubleblind controlled trial in family practice. *J Fam Pract* 2002;51:317-23.
25. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.
26. MacKay DM. Treatment of acute bronchitis in adults without underlying disease. *J Gen Intern Med* 1996;11:557-62.
27. Richards JP. Evidence based general practice. *BMJ* 1997;314:525.
28. Bodenheimer T. Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *N Engl J Med* 2000;342:1539-44.
29. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-7.
30. Van Driel M, Christiaens T, De Maeseneer J. Evidence based medicine and the patient's perspective. *Eur J Gen Pract* 2001;7:4-5.
31. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patientcommunication: a review of literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
32. Deveugele M, Derese A, van den Brink A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-7.

33. Van der Velden J. Sociale verschillen in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1998;41:165-72.
34. Maynard A. Evidence based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997;349:126-8.
35. Anoniem. Vlaamse Regionale Indicatoren 2001. Brussel, Ministerie Vlaamse Gemeenschap, 2002.
36. Beck U. Risk society: towards a new modernity – London, Sage Publications, 1992.
37. Willems S. The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium [Ph.D.-thesis]. Ghent, Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, 2005.
38. Boelen C. Frontline doctors of tomorrow. *World Health* 1994;5:4-5.
39. Nederlandse Gezondheidsraad. European Primary Care. www.gr.nl

HOOFDSTUK 4

KWALITEIT, STANDAARDEN EN MORAAL

Prof. dr. Klasien Horstman
Socrates Hoogleraar Filosofie en Ethiek van
Bioengineering TU/e, Universiteit Maastricht

Inleiding: een nieuwe industrie

Een van de opvallendste ontwikkelingen in de gezondheidszorg van de laatste jaren is de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen om de kwaliteit en de veiligheid van het werk te bevorderen. Hoewel deze ontwikkeling in de slijpstream van het Taylorisme in de industrie reeds startte in het begin van de 20^e eeuw, fungeerden de standaarden die toen werden ontworpen primair als eisen waaraan werkplekken en technieken - operatiekamers en röntgenapparaten - moesten voldoen. Standaardisering hield stop bij het diagnostische en therapeutische handelen van artsen: het was in die tijd ondenkbaar om deze professionals voor te schrijven wat ze zouden moeten doen. Het bijzondere van de hernieuwde beweging van standaardisering zoals die de laatste twee decennia is ingezet, is dat ze juist geen stop houdt bij het professionele handelen, maar beoogt de kwaliteit van het werk te verhogen door dat professionele handelen in de klinische praktijk te reguleren. Met andere woorden, het heilige huisje van de professionele autonomie werd geslecht en het hart van het medisch professionele handelen werd object van standaarden en richtlijnen.

Vanuit de gedachte dat het professionele handelen van artsen niet gebaseerd moet zijn op diens specifieke ervaring en expertise, maar op 'evidence' over de effectiviteit en doelmatigheid van diagnostiek en therapie, zijn er vele standaarden ontwikkeld. Met deze ontwikkeling zijn tevens tal van instituties in het leven geroepen die zich bezig houden met de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van die standaarden. Omdat er natuurlijk vaak geen eenduidige evidence is, worden statistische meta-analyses ontwikkeld om de standaard te kunnen bepalen en informatiseringssystemen om de implementatie te bewerkstelligen. Waar de statistiek geen uitkomst biedt, worden consensusconferenties gehouden om te bepalen wat de relevante feiten en argumenten zijn en hoe die moeten worden gewogen. In diverse landen is inmiddels een redelijke wirwar van standaarden ontstaan. Er zijn voor de diagnostiek of behandeling van klachten soms meerdere standaarden in omloop, die verschillende accenten leggen, verschillende afkappunten kiezen et cetera, en allerlei instellingen ontwikkelen op basis van nationale standaarden vaak weer hun eigen lokale varianten. Het is soms moeilijk door de bomen het bos nog te zien. In het boek van Timmermans en Berg uit 2003 *The gold standard*¹ kunnen we lezen dat er bijvoorbeeld in de VS per jaar 1000 standaarden worden ontwikkeld. Standaardisering is een industrie geworden en alle hoeken van de gezondheidszorg raken van dat proces doortrokken. Ook de Nederlandse huisartsen hebben te maken met de introductie van vele standaarden en richtlijnen. Voor hen zijn er nu zo'n 100 standaarden in omloop.

Discussie

Er is veel discussie over de tendens tot standaardisering. Aan de ene kant hebben we hen die er van overtuigd zijn dat standaardisering vooruitgang in de gezondheidszorg betekent, omdat ze resulteert in betere kwaliteit van de zorg en grotere veiligheid. Standaarden zouden een eind maken aan verschillen in professioneel handelen bij vergelijkbare klachten en tot meer uniformiteit leiden. Ze zouden in grotere transparantie voor patiënten resulteren en hun autonomie stimuleren. Volgens deze visie draagt standaardisering bij aan de broodnodige verwetenschappelijking van de geneeskunde. We horen echter ook andere geluiden. Critici zetten vraagtekens bij het wetenschappelijke karakter van standaarden omdat de inhoud van standaarden meer door de groepsdynamica in de consensusconferenties en de hiërarchische verhouding tussen de verschillende medische professionals wordt bepaald dan door inhoud van argumenten. Niet overtuigend bewijs maar de grootste mond zou veel uitmaken, en in plaats van groei van objectiviteit zou er sprake zijn van verplaatsing van subjectiviteit. Critici stellen ook dat standaarden leiden tot kookboekgeneeskunde – tot macdonaldization in de geneeskunde - in de zin dat verschillende patiënten allemaal op dezelfde manier behandeld worden en geen recht wordt gedaan aan individuele klachten. Volgens deze visie kan standaardisering zelfs tot een daling van de kwaliteit en de veiligheid in de zorg leiden, omdat teveel vertrouwd gaat worden op de automatische piloot. Waar professionals als getemde professionals gaan stoppen met denken, kan de ruis die tussen de verschillende tegenstrijdige operatieve

standaarden bestaat tot ongewenste veiligheidsrisico's leiden. Kortom, standaarden zouden leiden tot een 'deskilling' van professionals en tot dehumanisering van patiënten tot standaardgevallen.

Ook in kringen van huisartsen komen we deze discussie tegen. Terwijl sommige huisartsen fervente voorstanders zijn van een meer wetenschappelijke aanpak zijn velen sceptisch over de vermeende kwaliteitsimpuls in de huisartspraktijk door de introductie van standaarden.

Cijfers en publiek vertrouwen

Deze discussie tussen voor- en tegenstanders van standaardisering roept de vraag op waarom het ideaal van evidence based medicine en processen van standaardisering zo om zich heen hebben gegrepen in de zorg. De historicus Porter heeft een fraaie analyse gegeven van deze trend tot – zoals hij dat noemt – trust in numbers². Hij betoogt dat de groeiende druk tot publieke verantwoording in de 20^e eeuw ertoe heeft geleid dat in de publieke sfeer een steeds groter beroep werd gedaan op wetenschappelijke en professionele expertise om beleid te onderbouwen. In de context van emancipatie van burgers en patiënten, groeiend pluralisme en toenemende legitimatiebehoefte bij besteding van schaarse middelen wordt de druk om normatieve, politieke keuzes expliciet publiek te verantwoorden sterker. Wie komt wel en niet in aanmerking voor een medische behandeling en welke verrichtingen stoppen we wel en niet in het verzekerde pakket, welke preventieve screenings bieden we wel en niet aan? Toenemende verantwoordingsdruk stimuleert dus de objectivering van normatieve oordelen in professionele praktijken. Dat proces van objectivering laat echter ook de betrokken disciplines en professies en de aard van haar onderzoek en adviezen niet onberoerd.

Met dit proces verandert professionele expertise, zo betoogt Porter, van persoonlijke expertise in mechanische expertise. Terwijl de expertise van professionals in de eerste helft van de 20^e eeuw schuilde in hun opleiding en specifieke, contextgebonden ervaringen en een sterk kwalitatief karakter had, kreeg deze expertise aan het eind van de 20^e eeuw meer en meer een kwantitatief karakter. Het vertrouwen in een professional als persoon, als deel uitmakend van een specifieke wetenschappelijke en professionele elite, maakte plaats voor vertrouwen in zijn instrumenten: statistieken, standaarden en expliciet procedurele, methodische regels. De verantwoordingsdruk in het publieke domein leidde dus tot ontpersoonlijking en anonimisering van expertise, hoe onpersoonlijker hoe beter! Terwijl eerder persoonsgeboden inzicht, ervaring en wijsheid golden als bron voor 'objectiviteit', wordt objectiviteit in de 20^e eeuw meer en meer geassocieerd met cijfers. Niet zelden vergeten we dan dat die cijfers en de standaarden het resultaat zijn van ons eigen werk en van de normatieve keuzes die daarbij gemaakt zijn: wat registreren we wel en niet en hoe bepaalt de input van de steekproef 'het gemiddelde' en 'het afwijkende'?³

Dit proces waarin professionals en publieke instituties meer en meer met elkaar verweven raken brengt volgens Porter echter onbedoeld een statusdaling van deze disciplines met zich mee: wanneer persoonlijke expertise plaats maakt voor mechanische expertise, worden immers ook de professionals inwisselbaar. Waar cijfers en standaarden de dienst uitmaken, worden niet alleen de cliënten van publieke instituties zoals de gezondheidszorg vergelijkbaar gemaakt, ook de professionals worden onderling vergelijkbaar, meetbaar en controleerbaar. Zoals het beleid zich richt op de gemiddelde cliënt, zo dient het te worden uitgevoerd door de gemiddelde professional. De professional wordt getemd door publieke instituties zoals de staat, verzekeringsinstellingen, inspecties etc. Een goede professional wordt gemangeld tussen het verwetenschappelijkte beleid dat in de standaarden tot uitdrukking komt en de vraag van de mondige patiënt. Terwijl het aantal professionals in de verzorgingstaat sterk is toegenomen, zijn professionals zelf in normatieve zin steeds meer afwezig geworden.

De analyse van Porter is interessant omdat het laat zien wat een specifieke politieke verantwoordingscultuur doet met het karakter van professionele expertise. Zijn analyse hoeft echter niet te leiden tot een radicale afwijzing van standaardisering, van publieke

controle op professionals of van democratisering van onze publieke instituties. Weinigen zullen er tenslotte spijt van hebben dat het elitisme en het paternalisme van bijvoorbeeld de medische professie is verminderd en dat publieke instellingen transparanter gaan werken. De vraag is echter wel of we zonder meer gelukkig moeten zijn met de trend tot 'trust in numbers'. Want zijn kwantitatieve verantwoordingstechnieken eigenlijk wel adequate vertrouwenstechnieken? Kunnen we meer vertrouwen op de kwaliteit van het werk in huisartspraktijken en ziekenhuizen als we ze in kwantitatieve zin kunnen vergelijken en beoordelen? Leiden deze technieken tot het soort publieke verantwoording en publiek vertrouwen dat we wenselijk achten? Vanuit het perspectief van de filosoof van Gunsteren kunnen we daar tenminste kanttekeningen bij plaatsen.

Leren van verschil

In de liefde is het een bekend fenomeen: disciplineren en vertrouwen gaan maar moeilijk samen. Wie zijn of haar partner kneedt naar eigen wens, hoeft niet meer op die partner te vertrouwen: die vertrouwt primair op zich zelf en heeft de partner overbodig gemaakt. Naar analogie van dit voorbeeld kan de disciplineren van medische professionals met behulp van standaarden en protocollen dan ook worden gezien als een ultieme poging om in een onoverzichtelijke pluralistische samenleving toch te blijven geloven in sturing en regie. Als wetenschappers en professionals echter worden gekneed naar publieke verlangens dan worden ze 'de vazal van de koning': ze vertellen wat de opdrachtgever wil horen en verrassende feiten en inzichten blijven achterwege. Volgens Van Gunsteren is deze tendens tot disciplineren niet verstandig. Hij pleit ervoor om idealen van sturing en controle te relativeren⁴.

Sturing en controle veronderstellen dat we weten hoe de werkelijkheid functioneert, en dat, zo betoogt Van Gunsteren, is vaak een illusie. Bij de Bijlmerramp bleek dat niemand wist hoeveel mensen in de Bijlmer leefden en na dertig jaar wetenschappelijk onderzoek weten we nog niet hoe de sociale zekerheid werkt. Volgens Van Gunsteren karakteriseert dat soort onwetendheid moderne samenlevingen. Hij spreekt van DOS: de ongekende samenleving. Zo'n DOS maatschappij heeft geen centraal machts- en gezagscentrum meer, maar bestaat uit meerdere elkaar overlappende netwerken met hun eigen taal en cultuur, met concurrerende werkelijkheidsrepresentaties en concurrerende normatieve idealen. Omdat niemand het geheel overziet, omdat een scheidsrechterspositie buiten die netwerken onmogelijk is, is er principieel sprake van pluraliteit, van verschillende perspectieven. De wens die weg te uniformeren is volgens hem heilloos, omdat ze niet realistisch is. In zijn ethiek voor de publieke sfeer acht hij het dan ook een centrale taak van publieke instituties zoals de medische professie om de competentie te stimuleren om goed overweg te kunnen met pluraliteit. In "de ongekende samenleving" moeten mensen leren om te gaan met het feit dat mensen en contexten verschillen en dat het dus vaak ook verstandig is om met verschillende maten te meten om recht te doen aan idealen van gelijke behandeling. De publieke ethiek van Van Gunsteren gaat dus weg van standaardisering en uniformering per se: verschillen moeten worden gearticuleerd en gekoesterd. Maar waarom eigenlijk? Een van de belangrijkste redenen is dat we verschillen nodig hebben: van verschillende noties van waarheid, goed leven en goed werken kunnen we namelijk leren.

Vanuit het idee dat de samenleving en de gezondheidszorg gecompliceerde experimentele processen zijn met een onvoorspelbaar verloop, weten we niet wat we eigenlijk nodig hebben aan kennis, inzicht en vaardigheden, want wat nu werkt, kan morgen niet adequaat meer zijn. Onze noties van het goede leven en goede zorg worden voortdurend door trial en error getest. In zo'n experimenteel proces valt volgens Van Gunsteren kwaliteit niet te sturen. Om kwaliteit te bevorderen moeten betrokkenen zich actief opstellen en om zich heen kijken. Om ons heen kijken heeft echter slechts zin als we ervoor gezorgd hebben dat we de omgevingen niet eerst allemaal volgens hetzelfde model hebben opgetrokken. Als alles op elkaar lijkt, hoef je niet om je heen te kijken, want dan leer je daar niets van. Een complexe samenleving heeft, naast leerprocessen in termen van analyse en instructie zoals die door standaarden worden bewerkstelligd, behoefte aan leerprocessen in termen van variatie en

selectie. Bij variatie en selectie richt men zich namelijk niet op het nastreven van een norm in alle contexten, maar gaat men er van uit dat er meerdere wegen zijn die naar Rome leiden en dat het aan iedereen ten goede kan komen komt als sommigen zelfs een heel andere kant uit gaan. Juist in een samenleving die betrekkelijk onoverzichtelijk en onvoorspelbaar is, kunnen praktijken en handelingswijzen die te duur zijn, inefficiënt, niet doelmatig, ouderwets of afwijkend van de consensus, veranderen in settingen waar juist relevante leervaringen beschikbaar zijn. Dan is het uitermate functioneel dat deze praktijken in leven zijn gebleven. De instandhouding van de thuisbevalling in Nederland is bijvoorbeeld een enorm potentieel aan leervaringen voor westerse- en ontwikkelingslanden die deze praktijk hebben afgebroken. Er moet dus voor gezorgd worden dat deze praktijk in stand blijft en daartoe moet ervoor gewaakt worden dat vroedvrouwen met hun eigen professionele normen voor normaliteit en pathologie worden beoordeeld en niet met de normen van de gynaecologie. Als alleen de gynaecologische normen als zaligmakend worden gezien, zal de gevarieerde praktijk van de bevalling verschromen tot de gestandaardiseerde bevalling zoals we die in Frankrijk kennen: ruggenprik, infuus, 8 uur weeën, 20 minuten uitdrijven, daarna een keizersnede⁵. Instellingen en organisaties moeten dus niet alleen afgerekend worden op huidige maatstaven voor effectiviteit en wenselijkheid, maar ook met het oog op de vergroting van het leervermogen van een ongekende samenleving. Wat inefficiënt is, kan wel goed zijn, wat te duur is of afwijkend van de norm, kan leerzaam zijn voor de kwaliteit van de zorg op de lange termijn. Kwaliteit vereist kortom dat we leren van verschillen, dat we leren met een open agenda en met een flexibele maatstaf.

Om dat type leerprocessen mogelijk te maken, moeten professionals gestimuleerd worden om verschillende ervaringen op te doen en daarover publieke verantwoording af te leggen. Als echter bij voorbaat bekend is waarop wordt afgerekend, kunnen organisaties en mensen zich calculerend gedragen en worden de creativiteit en het leervermogen ingeperkt. De econoom Hirschman heeft het leervermogen van organisaties beschreven in termen van de leerstrategieën 'exit' en 'voice': wegllopen en kritiek uiten zijn beide signalen dat er iets mis is met kwaliteit. Je zou kunnen zeggen dat waar te weinig mogelijkheden zijn voor professionals tot 'voice' over de regels en over hun werkelijke professionele handelen, heimelijk vele regelmijdende exits ontstaan die de kwaliteit van de zorg op langere termijn bedreigen. De kans bestaat dat verantwoording op basis van standaarden een papieren werkelijkheid creëert, waarbij iedereen rapporteert wat wordt gevraagd en relevante feiten achterwege blijven. Leren door verschil staat dan ook op gespannen voet met strikte verantwoordingscriteria vooraf. Stimuleren van leerprocessen volgens variatie en selectie is gebaat bij ruimte en bij inhoudelijke verantwoording *achteraf*. Ruimte geven aan professionals om naar eigen inzichten praktijken vorm te geven en achteraf uit te leggen hoe, wat en waarom. Koesteren van kwaliteit betekent dus investeren in vertrouwen - investeren in vrouwen in professionals.

Van veel standaarden naar slimme standaarden

Wat betekent dit pleidooi voor het koesteren van verschillen nu voor de discussie over standaarden en kwaliteit in de zorg? Impliceert dit partij kiezen voor de critici van standaardisering en dat we standaardisering primair als dehumanisering zien en als een aantasting van kwaliteit? Nee. Het betekent juist dat niet mee willen gaan in de retoriek van of/of, van vooruitgang versus dehumanisering. In plaats van te veronderstellen dat standaarden bijdragen aan kwaliteit van de zorg pleit ik voor onderzoek naar de betekenis van kwaliteit in verschillende contexten en hoe standaarden daar aan bijdragen of daar aan afdoen. Geen onderzoek naar compliance aan de standaarden vanuit een disciplinerend perspectief, maar precieze analyses van de manier waarop standaarden in een specifieke context feitelijk fungeren, welke nieuwe werkzaamheden en verhoudingen ze creëren in medisch professionele praktijken. Betekenen ze meer werk of tijdswinst, stimuleren ze meer praten met patiënten of minder praten, leiden ze tot meer of minder overleg met collega's, tot snellere genezing of medicalisering, tot ongewenste routinematigheid of alertheid en creativiteit? En als we ons vervolgens afvragen of de veranderingen die

standaarden tweeë brengen wel gewent zijn, is het belangrijk om te onderkennen dat er vele dimensies zijn van kwaliteit: effectiviteit, veiligheid, patiëntvriendelijkheid, snelheid, gelijke toegang, demedicalisering, autonomiebevordering. Standaarden die de ene dimensie bevorderen, kunnen andere wellicht belemmeren. Laten we dus met open vizier onderzoeken welke elementen van kwaliteit door standaarden worden gestimuleerd of afgeremd en niet de verwachting wekken dat we met standaarden als zodanig de kwaliteit voor de patiënt kunnen garanderen. Er is geen standaardpatiënt met een standaardziekte en een standaardlichaam, en er zijn, zoals gezegd, meerdere wegen die naar Rome leiden. Processen van standaardisering gaan vaak gepaard met de verwachting van snelle en eenvoudige oplossingen voor kwaliteitsproblemen. Zorg in een ongekende samenleving is echter een complex publiek goed waarvan de kwaliteit niet eenvoudig is vast te stellen. Er zijn geen eenvoudige gegarandeerde routes naar kwaliteit, het is een zaak van trial en error. In interviews die wij hebben gedaan met huisartsen over de preventie van hart en vaatziekten in de eerste lijn, kwamen huisartsen naar voren als een beroepsgroep die er goed van doordrongen is dat kwaliteit een kwestie is van zoeken, aftasten en proberen⁵. Juist omdat zij langduriger relaties aangaan met patiënten en meerdere thema's met hen bespreken - van gewrichtsklachten tot anticonceptie en stoppen met roken - weten zij dat professioneel handelen een zaak is van contextgebonden balanceren en doseren. Standaarden moeten daarbij niet in de weg zitten, maar moeten deze processen van balanceren faciliteren. Daartoe zijn niet heel veel standaarden nodig, maar slimme standaarden. Slimme standaarden zijn standaarden die flexibiliteit mogelijk maken, creativiteit stimuleren en ruimte mogelijk maken voor professionals en patiënten waar die gewent is. Standaardisering mag een industrie geworden zijn, het gaat natuurlijk niet om de hoeveelheid standaarden in de zorg, maar om de kwaliteit van die standaarden.

Voor een meer uitgewerkte versie van de ideeën over normatief leren in professionele praktijken zie: K.Horstman (2004) Managers en uitvoerende mogen geen neutrale vehikels zijn van overheidsbeleid, in: Nederlands Tijdschrift Jeugdzorg, jrg. 8, nr. 3 (142-149). G. de Vries en K.Horstman (2004) Leren van het werk dat laboratorium en samenleving verbindt, in: G. de Vries en K.Horstman (red.) Genetica van laboratorium naar samenleving. De ongekende praktijk van voorspellende genetische testen. Amsterdam, Aksant, (174-192).

Referenties

1. S. Timmermans, M. Berg (2003) The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Philadelphia, Temple University Press.
2. T.M. Porter (1995) Trust in numbers. Objectivity in science and public life. Princeton, Princeton University Press.
3. G.C. Bowker, S.L. Star (1999) Sorting things out. Classifications and its consequences. Cambridge, MIT Press.
4. H.R. van Gunsteren (1994) Culturen van besturen. Amsterdam. Boom. H.R. van Gunsteren (1998) A Theory of citizenship. Organizing plurality in contemporary democracies. Boulder, Westview Press.
5. B. Pasveer, M. Akrich (1996) Hoe kinderen geboren worden, in: Kennis en methode 20, 116-145.
6. K. Horstman, R. Houtepen (2005) Tobben met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten. Amsterdam, Het Spinhuis.

HOOFDSTUK 5

EENMAAL HUISARTS...

Prof. dr. Jan W. van Ree
Rede uitgesproken bij het afscheid van de Universiteit
Maastricht als hoogleraar Huisartsgeneeskunde,
Maastricht 3 juni 2005

Inleiding

Hier te staan voor mijn afscheidscollege is een vreemde gewaarwording. Colleges zijn aan deze universiteit niet populair en worden niet vaak in het onderwijsrooster ingepland. Toch neem ik afscheid met een college, zeker het laatste binnen het kader van mijn academische loopbaan. Ik ben erg blij dat u allemaal gekomen bent om naar mij te luisteren.

Het afscheid nemen van de universiteit gaf mij ook een vreemd gevoel: *'partir, c'est mourir un peu'* wordt in Frankrijk gezegd en na de zakelijke afspraken rondom mijn emeritaat had ik lange tijd dat melancholische gevoel. Ik moet bekennen dat deze stemming inmiddels aardig begint weg te ebbem; een ander leven went toch wel gemakkelijk, merk ik.

Wat nog steeds niet went is dat ik geen praktiserend huisarts meer ben, geen praktijk meer doe, al heb ik nog steeds de registratie. Ik zie geen patiënten meer, ik kan niet meer overleggen over patiënten met de collega's, eerst in Wijchen en daarna in Terwinselen. Ik kan niet meer meepraten over boeiende casuïstiek, over praktijkperikelen, over lastige kwesties rond de praktijkorganisatie, de daarmee samenhangende taakverdeling van de assistentes of het inroosteren van de praktijkondersteuner. Maar ik voel me nog altijd huisarts. 'Huisarts-zijn' is ingebakken in mijn gedrag, het conditioneert mijn denken en zo zal ik altijd op een huisartsenmanier naar mensen blijven kijken: hoe ze lopen, hoe ze reageren, hoe de stemming is. 'Eenmaal huisarts ...'.

Blijkbaar neem ik gemakkelijker afscheid van deze universiteit dan van het huisarts-zijn. Eigenlijk is dat ook weer niet zo gek: ik was immers 35 jaar intensief betrokken bij dit fascinerende vak. Eerst bijna 25 jaar alles kunnen leren en doen in een fantastische eigen praktijk en daarna ruim 10 jaar als 'gastarbeider', als bijklussende hoogleraar, in een mooi, aan de huisartsopleiding gelieerd, gezondheidscentrum. Ik zou me niet beter hebben kunnen wensen en ik wens alle jonge collega's die aan het begin van hun werkzame leven als huisarts staan, dergelijke positieve ervaringen.

Ik denk dat u niet gekomen bent om te luisteren naar een ingewikkeld medisch verhaal. Ik denk dat het interessanter voor u is, als ik u aan de hand van mijn eigen geschiedenis en ervaringen, vertel over de veranderingen in de huisartsgeneeskunde. Enerzijds ontwikkelingen zoals ik die heb meegemaakt en waaraan ik heb meegewerkt, en anderzijds veranderingen die voor de deur staan. Niet alle onderwerpen die ik belangrijk vind, zal ik bespreken. Ik zal proberen er een leuk verhaal van te maken. Het is immers een feestdag vandaag, voor mij en ook voor u. Verwacht van mij daarom geen uitspraken over de actuele huisartsenacties, hoewel mijn bespiegelingen er vaak wel mee te maken hebben. Ik zal er ook voor waken dat het geen 'opa vertelt' verhaal gaat worden, over hoe goed het vroeger allemaal was en hoe wij vroeger de problemen oplosten en hoe wij nu als oude rotten in het vak tegen de problemen aankijken.

Veranderen in het verleden: voor eigen groei en ontwikkeling

Uitgangspunten

Toen ik mij in 1969 officieel als huisarts vestigde te Wijchen (bij Nijmegen) werd de definitie van wat huisartsgeneeskunde was langzamerhand bekend bij een grote groep huisartsen en, belangrijker nog, ook omarmd door steeds meer huisartsen: 'De huisarts levert integrale medische zorg over lange tijd aan personen en hun gezinnen die aan zijn zorg zijn toevertrouwd, rekening houdend met de betekenis van leefomgeving voor gezondheid en ziekte, afgestemd op de levensfasen waarin zij zich bevinden'. De ingewijden onder u herkennen deze definitie zeker: het is de 'Woudschoten-definitie' van 1958. Een vijftal pioniers in de huisartsgeneeskunde, waaronder mijn latere promotor wijlen Frans Huygen, legden toen en daar de basis voor de Nederlandse huisartsgeneeskundige ontwikkeling in de jaren daarna.

Ikzelf was in 1959 in Nijmegen gaan studeren, waar diezelfde Frans Huygen, huisarts te Lent, colleges gaf over huisartsgeneeskundige epidemiologie. Dat ik getuige ben geweest van de eerste presentaties uit zijn later wereldberoemde boek *'Family Medicine'*, heb ik toen niet beseft. Later, als huisarts, zag ik pas hoe belangrijk deze unieke gezinsgegevens voor de fundering van de huisartsgeneeskunde zijn geweest. Interessant is, dat Huygen's boek in

Nederland nooit zo massaal opgepikt is als in de rest van de wereld. Misschien kwam dat omdat het boek bij de publicatie ervan in 1978, voor de positionering van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer zo belangrijk was. Toen het boek eenmaal in het Duits was vertaald kreeg Huygen daarvoor de Europese Hippocrates-medaille.

Hoe dan ook, voor ons was de kern van ons vak, dat wij dokters waren, medici, waarvoor gezinsgeneeskunde en continuïteit van zorg, levensloopgeneeskunde, integrale (holistische) geneeskunde en preventieve zorg voor bedreigde personen en gezinnen (cardiovasculair, geboortebeperving, kindermishandeling) richtinggevende uitgangspunten waren. De Woudschoten-definitie gaf de huisarts een identiteit, die onderbouwd werd met gegevens als die van Huygen, gegevens uit zijn eigen setting. De huisarts was niet langer de dorpsdokter, maar hij was de huisarts, met een eigen, erkende positie in de gezondheidszorg. De huisarts had nu gedocumenteerd wat hij te bieden had en dat was anders dan wat andere medici, van welke specialisatie dan ook, te bieden hadden.

Veranderen ten behoeve van eigen groei en ontwikkeling

Tot in de jaren zeventig waren de meeste huisartsen man, zij werkten bijna altijd fulltime en het waren voor 90% solisten. De praktijken waren groot, consultregistratie was een uitzondering en praktijkassistenten waren niet of nauwelijks aanwezig. De hele structuur en verhoudingen waren traditioneel en al jarenlang hetzelfde. Vanaf de jaren zeventig gingen de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde snel, zowel inhoudelijk, wetenschappelijk als organisatorisch.

Aan deze vernieuwingen hebben mijn collega's en ik flink meegewerkt. Toen Piet de Winter en ik op 1 januari 1969 een praktijk in associatief verband wilden beginnen, waarbij we, als eersten in Nederland, alle patiënten ingeschreven wilden hebben op onze beide namen, werden we door de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) in Utrecht ontboden om dit uit te leggen. Het ziekenfonds, waaraan we onze vraag ook hadden voorgelegd, had geen probleem, mits we maar niet duurder werden. In feite werden we zelfs goedkoper voor het ziekenfonds (zorgverzekeraar), doordat het aantal ingeschrevenen boven de zgn. 'onkostenknik', groter werd. We hebben het kostendeel van het honorarium dus voor de helft voor eigen rekening genomen.

Wij wilden inschrijving op twee namen om naar de patiënten te benadrukken dat we beiden hun huisarts waren. Iedere patiënt had in feite twee huisartsen. Waarom wilden we dat? Wij deden dit omdat we vonden dat er een en ander moest veranderen in de toen gebruikelijke structuur van de huisartspraktijk, maar we vonden ook dat de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde zoals vastgelegd in de Woudschoten-definitie, gehandhaafd moesten blijven. Waarom wilden we anders? We wilden allebei meer tijd hebben voor andere dingen dan de praktijk. Tijd voor privé, voor de kinderen, tijd om te kunnen sporten. We wilden dus niet altijd persoonlijk beschikbaar zijn voor de praktijk. We wilden ook een 'carrière-perspectief' hebben, iets wat tot de dag van vandaag een raar woord is in de huisartsgeneeskunde. We wilden ons verder kunnen ontwikkelen op die gebieden die onze extra belangstelling hadden. Persoonlijk ontwikkelde ik me in de preventieve cardiologie, wat in 1981 uiteindelijk leidde tot mijn promotieproject: het Nijmeegs Interventie Project (NIP).

Hoe garandeerden we dan toch die continuïteit van zorg? Piet de Winter en ik spraken samen een dienstenrooster af. We bespraken na ieder spreekuur alle patiënten die we die ochtend gezien hadden aan de hand van de zgn. 'gezinskaarten'. We wilden niet dat we 's morgens niet wisten wie er op het spreekuur zouden komen en 's avonds niet meer wisten wie er die dag geweest waren. We informeerden elkaar en maakten ook afspraken over een gezamenlijk beleid. Ik leerde op deze manier mijn huisartsenvak.

Niet alleen dit praktijkoverleg, maar ook het aanstellen en zelf opleiden van een praktijk-assistente (later volgde nog een tweede) was belangrijk voor de continuïteit van zorg, voor ons een belangrijk principe van de huisartsgeneeskunde. De assistentes verrichtten ook die routinehandelingen waar wijzelf niet bij nodig waren. Dat was dus een stap in de richting van substitutie en er was praktijkmanagement voor nodig.

Doorgevoerde veranderingen:

- *In associatief verband werken*
- *Patiënten inschrijven op twee namen*
- *Een sluitend dienstenrooster*
- *Dagelijks patiëntenbesprekingen*
- *Een gezamenlijk beleid*
- *Opleiden van twee praktijk-assistenten*
- *Praktijkmanagement doorvoeren*

Taken van onze zelf opgeleide praktijkassistenten:

- *spreekuurmanagement*
- *bloeddruk meten, ECG's maken,*
- *oren uitspuiten, audiogrammen maken,*
- *zwachtelen van 'open benen', wondverzorging, plakken van kleine snijwondjes,*
- *aanleggen van infusen,*
- *vaginale uitstrijkjes maken, het plaatsen van IUD's (als de patiënt erom vroeg).*

Verder verzorgden we de hele spoedeisende eerste hulp in ons dorp en omgeving en deden tussendoor nog een aantal bevallingen per maand. Onze nascholing regelden we via de zgn. NHG-centra rond Nijmegen, de 'bijbel' van Balint werd gelezen en besproken in deze nascholinggroepen, en een paar keer per jaar werd er landelijk nageschoold. Kortom: het was een drukke bedoening.

We praten nu over de jaren zeventig. Zelf geïnitieerde veranderingen waren nodig om te kunnen groeien in het vak. Nu zouden we over 'differentiatie' spreken en over 'praktijk-ondersteuning'. Als nieuwe generatie huisartsen blaakten we van zelfvertrouwen, ook omdat wij leerden dat de epidemiologie en de diagnostische beslis kunde in de huisartsgeneeskunde geheel eigen karakteristieken had. De eerste publicaties van Sturmans en Van der Velden waren zeer belangrijk voor mijn identiteit als huisarts. Ze bevestigden mijn specifieke deskundigheid en gaven me zelfvertrouwen. Zo liet Sturmans mij halverwege de jaren 70 kennismaken met de begrippen sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van een diagnostische test en ging Van der Velden de discussie aan met chirurgen die vonden dat een huisarts geen mammalpalpatie mochten doen omdat zijzelf dit beter zouden kunnen. De huisarts zou teveel missen! Door de discussie over het begrip 'voorspellende waarde van een diagnostisch onderzoek' werd een gedegen basis gelegd onder mijn eigen huisartsgeneeskundig zelfvertrouwen en handelen.

Veranderen in de toekomst

Veranderen moet, maar ...

Ontwikkelingen in de maatschappij en in de huisartsgeneeskunde zelf, nopen nog steeds tot veranderingen van de huisarts. Op dit moment is het echter niet, zoals ik voor mijn situatie van destijds heb beschreven, vooral de huisarts zelf die veranderingsprocessen initieert en zelf moet realiseren. Het zijn vooral externe ontwikkelingen die de huisarts van nu dwingen om veranderingen door te voeren, niet alleen veranderingen met gevolgen voor de persoonlijke ontwikkeling, maar ook organisatorische veranderingen. Hoe die veranderingen ook zullen zijn, ik wil op deze plaats benadrukken dat het fundament van ons vak moet blijven. De uitgangspunten, de legitimatie van de huisartsgeneeskunde, moeten bewaard blijven. Ik bevind mij met die mening in internationaal gezelschap: in 2002 zijn de 'universele' uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde, dat wil zeggen de gemeenschappelijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde in de verschillende Europese zorgstelsels, op Europees niveau nog eens gedefinieerd. De resultaten van deze exercitie hebben niet geleid tot een fundamenteel andere definitie. De huisartsgeneeskunde is nog steeds op dezelfde pijlers gebaseerd als verwoord in de Woudschoten-definitie van 1958. De toekomst van de

huisartsgeneeskunde ligt dus in haar verleden. We praten derhalve nog steeds over gezins-geneeskunde, continuïteit van zorg, levensloopgeneeskunde, integrale (holistische) genees-kunde en preventieve zorg voor bedreigde personen en gezinnen als universele fundamenteën van de huisartsenzorg.

Ontwikkelingen, dichtbij en veraf

Welke ontwikkelingen dichtbij en in de toekomst, nopen de huisartsen van nu tot veranderingen? Ik wil er een aantal bespreken.

Ontwikkelingen

- A. Verminderde huisartsencapaciteit en bedreigde continuïteit**
- B. Dubbele vergrijzing van de bevolking**
- C. Internationalisering van ziekten**
- D. Toenemende culturele verschillen in de praktijk**
- E. Toenemende medische technologie**
- F. Extramuralisatie van de ziekenhuiszorg**
- G. Afname persoonlijke continuïteit van zorg**

A. Verminderde huisartsencapaciteit en bedreigde continuïteit

Een belangrijke ontwikkeling in de gezondheidszorg is het feit dat er een aardverschuiving plaats heeft gevonden in de man-vrouwverhouding van de medische studenten en dus ook van de komende artsenpopulatie. Van de huidige medische studenten is meer dan 70% vrouw en bij de huisartsen-in-opleiding is dit percentage nog hoger. De effecten van deze verschuiving zullen in de nabije toekomst zichtbaar worden. Is nu 40% van de praktiserende artsen vrouw, binnen enige jaren is dat 70%. Door deze feminisering zal in de toekomst het overgrote deel van de artsen vrouw zijn. Dit geldt voor de artsen in het algemeen, maar zeker in de huisartsgeneeskunde. Welke consequenties heeft dit?

Vrouwelijke huisartsen werken voor een groot deel parttime, vaak in dienstverband. Vrouwen zijn minstens zo goede huisartsen, maar de beperkte beschikbaarheid beperkt de totale capaciteit, niet alleen wat betreft de directe patiëntenzorg, maar ook bestuurlijk. Ook mannen gaan overigens in toenemende mate parttime werken. Parttime werken kan een barrière vormen voor de continuïteit van de huisartsenzorg.

B. Dubbele vergrijzing van de bevolking

Maar er zijn nog andere veranderingen te verwachten die de zorg, en in het bijzonder de huisartsenzorg, zullen beroeren. De belangrijkste hiervan is wel dat een toename aan zorgvraag te verwachten is door de toekomstige veroudering van onze bevolking. Er komen meer ouderen, die bovendien ouder worden dan vroeger, de zgn. 'dubbele vergrijzing'.

Dubbele vergrijzing t.o.v. 1990 in 2010

- **Bevolkingstoename:** van 16 naar 18 miljoen
- **Percentage 60+:** van 15% naar 20%
- **Levensverwachting:** vrouwen: van 81 naar 82 jaar
mannen : van 76 naar 78 jaar

Deze ontwikkeling gaat gepaard met veranderingen in het voorkomen van ziekten en een toename van het aantal chronisch zieken.

Veranderingen in ziekteaanbod in de komende 20 jaar

- **Afname:** aids, MS, Downsyndroom, astma, constitutioneel eczeem, arbeidsongevallen, geweld, bovenste luchtweginfecties, infectieziekten
- **Toename:** diabetes mellitus, reuma, slokdarmkanker, borstkanker, maag- en darmkanker, hart- en vaatziekten, visusstoornissen, hartfalen, prostaatkanker, doofheid, artrose, ziekte van Parkinson, COPD.
- **Dus:** vooral toename van ziekten die bij ouderen optreden

Hierdoor moet er op een andere manier naar het zorgaanbod worden gekeken. Er is in ieder geval minder ziekenhuiscapaciteit nodig, maar zullen er meer zorginstellingen moeten komen. Het accent moet worden verlegd van behandelcapaciteit naar zorgcapaciteit. Chronisch zieken hebben vaak complexe problematiek en daardoor hebben zij vaak met meerdere zorgverleners te maken. Dat betekent ook dat er meer risicovolle overdracht-momenten zijn.

C. Internationalisering van ziekten

Door de toenemende internationale mobiliteit zullen vreemde, uitheemse ziekten vaker gaan optreden. Vroeger onbekende of alleen lokaal voorkomende ziekten kunnen wereldwijd gaan optreden: vogelpest, SARS of een nieuwe mutatie van het aloude griepvirus, als variatie op de zgn. Spaanse griep die, bijna een eeuw geleden de door de eerste wereldoorlog uitgeputte bevolking nog verder decimeerde. Er gaan zelfs stemmen op die ons waarschuwen voor epidemieën van pokken en pest. Wie is hierop voorbereid? Op volksgezondheidsniveau kan alleen samenwerking van de basisgezondheidszorg met huisartspraktijken een dergelijke dreiging aan. Hiertoe zal de samenwerking tussen deze twee zorgaanbieders verbeterd moeten worden. Ik wil daar nu niet verder op ingaan. Het is hoe dan ook een illusie te menen dat de geschetste ontwikkelingen oplosbaar zouden zijn door meer ziekenhuizen te bouwen. Een betere afstemming tussen GGD's en huisartspraktijken heeft in mijn ogen in Nederland de hoogste beleidsmatige prioriteit.

D. Toenemende culturele variatie in de praktijk

We gaan ook zeker naar een multiraciale, een multiculturele samenleving. Daardoor zal de variatie in opvattingen over leven en dood, ziekte, gezondheid en zelfbestemming toenemen. Doordat de huisarts meer te maken gaat krijgen met patiënten uit andere culturen ontstaan er mogelijk spanningen over de te leveren zorg. Onlangs konden we lezen dat er een afwijkende mening bij Turkse vrouwen bestaat over het geven van vitamine D-druppels aan hun kinderen ter voorkomen van deficiënties.

E. Toenemende medische technologie

Toenemende medisch technische ontwikkelingen zullen ethische dilemma's gaan opwerpen. Ook ik sta vaak met open mond te kijken naar de fantastische technische ontwikkelingen in de specialistische geneeskunde. Maar ik zet grote vraagtekens bij de door medici ingezette technologie bij het ontstaan en einde van het menselijk leven. Medisch-technisch kan steeds meer, maar ik vraag me vaak af of het ook moet. Daarnaast is er een steeds groter wordende kloof tussen de diagnostische mogelijkheden en de therapeutische. Steeds vaker zullen patiënten te horen krijgen: 'We weten wel wat het is, maar we kunnen niets voor u doen'.

F. Extramuralisatie van de ziekenhuiszorg

Patiënten verblijven steeds korter in het ziekenhuis en worden snel ontslagen. De huisarts krijgt in de toekomst steeds meer te maken met zorg voor patiënten die nog (ernstig) ziek zijn. Het lijkt een open deur te stellen dat de zorg voor deze patiënten die extramuraal moet worden gegeven, zou moeten aansluiten op de behandeling die in het ziekenhuis is gestart.

Op dit moment is niets minder waar. Ik had een paar jaar geleden de eer om de Inspectie voor de Gezondheidszorg te mogen adviseren in een studie naar de kwaliteit en de effectiviteit van de ketenzorg voor een aantal chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. Ketenzorg werd gedefinieerd als 'het samenhangende geheel van zorg-inspanningen door verschillende zorgaanbieders bij een lijder aan een bepaalde ziekte'. De vraag was hoe de afstemming gewaarborgd was tussen zorgverleners die betrokken zijn bij ketenzorg, dus tussen alle zorgverleners die zich met de patiënt bemoeien. Er werden een dertiental chronische aandoeningen onderzocht. In meer dan 95% van de gevallen speelt de huisarts een min of meer grote rol in de zorg voor de patiënten. Het is steeds de huisarts die het meest betrokken is bij de zorg aan dergelijke chronische patiënten.

Twee voorbeelden die voor de huisartsenzorg zeer relevant zijn:

1. de zorgketen voor de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders', de psychisch gestoorde zonderlingen en zwervers, daklozen, die zich onttrekken aan de reguliere zorg. Hiermee komt de huisarts steeds weer in aanraking; is het niet direct dan is het toch wel via familieleden of anderszins;
2. de zorgketen voor patiënten met hartfalen. Deze laatste groep is belangrijk voor de huisarts omdat die sterk zal toenemen door de veroudering maar ook door de verbeterde behandelingen van het hartinfarct. De zorg uit het ziekenhuis zal naar de huisarts toekomen.

Zonder verder op de details van de studieopzet in te gaan waren de conclusies voor alle zorgketens zacht gezegd, nogal teleurstellend.

Laat ik me beperken tot 'hartfalen'. De conclusies van de studie waren voor mij een bevestiging van wat ik eigenlijk al wel vermoedde:

- Er is in Nederland geen goed georganiseerde, systematische ketenzorg voor hartfalen, regionaal noch landelijk;
- De zorgketen is meestal alleen in het ziekenhuis georganiseerd op initiatief van de cardiologen;
- Bij slechts 25% van de bestaande zorgketens is deze ook buiten het ziekenhuis georganiseerd, maar bij de opzet en afstemming waren de huisartsen bijna nooit betrokken;
- Er is onbekendheid bij de betrokken disciplines met de richtlijnen en protocollen van de andere hulpverleners. Er is wel intradisciplinair overleg (bijv. binnen een keten in het ziekenhuis), maar zelden interdisciplinair met externe hulpverleners;
- Patiënten ervaren grote afstemmingsproblemen tussen de diverse hulpverleners en ervaren tegenstellingen tussen de diverse hulpverleners over inhoudelijke en beleidsmatige aspecten van de gewenste zorg.

Belangrijke belemmeringen voor een goede, aansluitende keten van zorgverlening zijn:

- Er bestaan verschillende visies op 'geneeskundige zorg' tussen intra- en extramurale zorgverleners. Er zijn blijkbaar in de echelons andere uitgangspunten voor de te leveren zorg;
- Het intramurale behandelplan is niet per definitie gelijk aan extramurale zorgplan;
- Overdracht van elkaars uitgangspunten mankeert, multidisciplinair (voor)overleg ontbreekt.

Voor ketenzorg is een gemeenschappelijke gedragen behandel- en zorgvisie absolute voorwaarde. Hoe kan de huisarts zijn rol op dit gebied waarmaken als er geen continuïteit in de zorgketen bestaat, als hij er zelfs niet bij betrokken is, als hij geen eigen huisarts-specifieke inbreng heeft in het zorgplan voor de patiënt. Hij kan geen continuïteit bieden, terwijl dat juist bij deze patiënten van belang is, omdat er niet alleen medische vragen zijn maar ook vragen over lijden en leven.

Goede pogingen zijn de zgn. 'Landelijke Transmurale Afspraken' zoals die door NHG en enkele specialistenverenigingen zijn gemaakt. Helaas moeten we vaststellen dat van deze landelijke, centraal gemaakte afspraken in de praktijk niet veel terecht komt. Mogelijk dat de recent verschenen 'Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen' hierop een uitzondering is.

Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat bij het maken van een plan voor ketenzorg, het denken over de keten ophoudt bij de grens van het ziekenhuis, bij de grens met de eerste lijn. Bij de grens van de eigen discipline houden de plannen op. De verkokering is zo groot dat zorgketens niet van de grond komen. Ook door eigen opvattingen van professionals over wat het beste voor de patiënt is komt het niet van de grond. Als huisarts zie ik het lijk al drijven, in overdrachtelijk zin dan, als de toenemende patiëntenstromen van ziekenhuis naar de eerstelijns niet gepaard gaan met betere zorgketenvorming. Ik vind dat huisartsen moeten eisen dat zij medeverantwoordelijkheid krijgen voor de ontwikkeling van zorgketens. Omdat de huisarts integrale verantwoordelijkheid heeft voor zijn patiënten, moet hij een rol opeisen in de zorgketen, ook al ligt de patiënt voor een deel ervan in het ziekenhuis. Ik kan me zelf goed voorstellen dat druk van overheidswege het ontstaan van in gezamenlijk overleg ontworpen 'ketens van zorg' kan bevorderen.

G. Afnave van persoonlijke continuïteit in de zorg

Het altijd beschikbaar zijn van de eigen huisarts vonden wijzelf in 1969 al een achterhaalde zaak en daarom moderniseerden we onze praktijkvoering. Tijden en omstandigheden veranderen, als er maar maatregelen genomen worden om de persoonlijke continuïteit in de zorg - een van de basisprincipes van de huisartsgeneeskunde - te garanderen. Bewaking van de continue en persoonlijke zorg in de huisartsgeneeskunde is essentieel, ook al verandert de aanblik van de huisartspraktijk. De oplossingen moeten verder gaan dan alleen maatregelen te treffen op organisatorisch vlak. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat vooral tuchtrechtelijke en juridische overwegingen een belangrijke rol spelen bij het waterdicht organiseren van de huisartsenzorg. Door te zeggen dat de huisartsgeneeskunde aangeboden gaat worden als 'huisartsenvoorziening' wordt weliswaar de organisatorische kant van de zorg gewaarborgd, maar naar mijn indruk wordt niet voldoende rekening gehouden met de betekenis van continue én persoonlijke zorg voor de patiënt.

Een van de voorwaarden voor een continue zorg is de registratie en het doorgeven van patiëntgegevens, bijvoorbeeld uit diensten. In deze regio heeft Paul Höppener jaren geleden al aangetoond dat een gezamenlijk geautomatiseerd patiëntendossier dat zorgproces kan bevorderen. De patiënt zelf, zo blijkt uit diverse studies, heeft met een gezamenlijk dossier geen probleem. We praten nu over continuïteit in de informatie-uitwisseling. Dit soort informatie-uitwisseling is nog relatief gemakkelijk te organiseren.

Ik wil echter nog een ander aspect benadrukken, namelijk de persoonlijke continuïteit. Ik maak me zorgen over de toekomst van het huisartsenvak als ik jonge huisartsen hoor zeggen 'dat ze als huisarts werken' en niet 'dat ze huisarts zijn'. Beide uitspraken weerspiegelen een verschillende mate van betrokkenheid. Voor de patiënt is zijn huisarts niet willekeurig inwisselbaar voor een andere dokter. Dat ik dit onderwerp zo dik aanzet is niet omdat het een idee-fixe is van een oude, eigenwijze huisartsprofessor, een idee overgebleven uit een romantisch maar wel grijs verleden. Het onderwerp is ook nu nog, als principe in de huisartsgeneeskunde, van belang. Dit wordt nog eens ondubbelzinnig bevestigd door Henk Schers in zijn recente Nijmeegse proefschrift. Uit zijn studie blijkt dat de patiënt zeer gehecht is aan persoonlijke en continue zorg van zijn huisarts. Schers stelde echter ook vast dat huisartsen zelf meer tevreden zijn met hun vak, meer voldoening hebben van hun vak, als ze zelf veel belang hechten aan de persoonlijke zorg voor hun patiënten. Het mes snijdt blijkbaar aan twee kanten.

Voor het bewaken van de persoonlijke, individuele continuïteit, voor dat wat de patiënt tegen zijn huisarts vertelt, is er geen standaardoplossing. Dat is een gesloten boek. Voor de patiënt is het van belang dat zijn diepste geheim in een afgeschermd deel van het gezamenlijke patiënt-huisartsdossier staat. Alleen zij beiden hebben daar toegang. Dit is niet met organisatorische maatregelen op te vangen, maar alleen met persoonlijke inzet. Door alleen maar 'als huisarts te werken' zonder 'huisarts te zijn' wordt naar mijn mening tekort gedaan aan de persoonlijke zorg voor de patiënt die zijn zorg aan deze huisarts heeft toevertrouwd.

*Een huisarts is iemand die gekozen heeft voor mensen.
Hij helpt hen en staat hen bij in moeilijke, pijnlijke situaties
met zijn hart en met zijn kennis.
Hij ziet achter schijnbare futiliteiten,
angst, zorgen, leegte
zodat zijn begrijpen een houvast kan zijn voor de ander
om verder te gaan.*

*Een huisarts is een vriend aan wie veel verteld kan worden.
Hij wordt dan deelgenoot van de diepste vreugde
en het meest intense, vaak verborgen, verdriet.
Hij wordt mild omdat hij in ieder ander zichzelf herkent:
'de mens'.*

Riet Hanssen, 1990

Bedreiging van ons zorgsysteem: 'Hospital based' of 'population based'?

De huisarts van de toekomst zal in toenemende mate het hoofd moeten bieden aan bedreigingen van de huisartsgeneeskundige zorg door wijzigingen in het zorgstelsel. Er zal heel wat moeten gebeuren om de toekomstige zorg te kunnen blijven leveren en te kunnen betalen.

De regeringen vanaf de jaren tachtig kozen vooral voor bezuinigingen in de zorg. Vooral de 'basisgezondheidszorgvoorzieningen', de 'chronische zorg' en de 'eerstelijnszorg' waren het belangrijkste doelwit. Een gemakkelijke prooi ook: overbelasting (mede veroorzaakt door allerlei bureaucratische verplichtingen), gebrek aan duidelijke interne structuur, slechte interne organisatie en vooral (te) weinig aandacht voor de (wetenschappelijke) inhoud van hun taak, maakten dat deze groeperingen pas gingen protesteren toen het water hen tot aan de lippen stond. Intussen ging de bouw van grote, prestigieuze ziekenhuizen door en werden daarentegen de verpleeghuizen steeds verder in de 'Verelendung' geduwd.

De politiek staat blijkbaar machteloos, leeft met de waan van de dag en heeft geen visie op de oplossingen voor de groeiende problemen in de zorg. In Nederland is immers gekozen voor een economische sturing van het zorgsysteem, voor individualisering van de zorg, voor concurrentie en marktwerking in de zorg. Dit zal uiteindelijk leiden tot de verfoeide tweedeling in de zorg, kortom tot een zorgsysteem dat niet Nederlands van aard is en dat wij naar mijn mening ook niet willen. Er dreigt een tweedeling in de zorg, waarbij zij die dat kunnen betalen meer zorg kunnen inkopen. Dit zal de toenemende zorgvraag niet verlagen en dus per saldo niets opleveren, mogelijk zelfs averechts werken. Verder leidt dit proces tot afkalving van het hoge niveau van het Nederlandse zorgsysteem, waarin de huisarts een centrale rol speelt.

Dat dit ook voor de patiënt erg nadelig is, is door Barbara Starfield (Johns Hopkins University, Baltimore) in haar onderzoek beschreven. Zij was begin dit jaar in Nederland om de Nederlandse bestuurders, zorgverzekeraars en politiek te overtuigen dat een goede en goedkope gezondheidszorg alleen maar kan worden bereikt door een sterke basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg. Professor Starfield vergeleek van heel veel landen de resultaten van de zorg, zoals de sterftecijfers (vooral kinderen) en concludeert dat 'landen met goede basisvoorzieningen voor iedereen, met goede verdeling van beschikbare middelen (geld), met een goede 'volksverzekering' en met een oriëntatie op persoonlijke zorg, beter presteren en een goedkopere zorg bieden'. In een degelijk zorgsysteem speelt de huisarts, met op naam ingeschreven patiënten een kernrol, die continuïteit van zorg mogelijk maakt.

Dit geluid wordt de laatste tijd steeds meer gehoord in de discussie over de keuzen in onze zorg.

Een voordelig en goed *'population oriented'* zorgsysteem is contrair aan het *'hospital oriented'* zorgsysteem dat zich in Nederland de laatste jaren ontwikkelt. Een *'hospital oriented'* gezondheidszorgsysteem kan geen rol spelen bij de oplossing van de grote hierboven genoemde toekomstige problemen. Alleen een *'population based'* gezondheidszorgsysteem, waarin samenwerking tussen alle zorgverleners bestaat, op basis van gelijkwaardigheid en het ontwikkelen van gezamenlijke zorgketens, kan hier soelaas bieden.

Substitutie van zorgaanbod

'Verpleegkundigen die bij de preventie en behandeling van diabetes en COPD worden ingezet, bereiken behandeldoelen veel beter dan huisartsen'. Dergelijke uitspraken worden steeds vaker gehoord en via onderzoek worden er ook argumenten voor verzameld. Er is daarom een ontwikkeling gaande, waarin bepaalde taken in de huisartspraktijk overgedragen worden aan paramedici. Die zouden zich beter aan het behandelprotocol houden. Ook zou de werkbelasting van de huisarts hierdoor afnemen.

Op zich is er niets op substitutie tegen. Ook wij droegen taken over aan onze praktijk-assistente. Door de verminderde zorgcapaciteit van huisartsen, de grotere en specifiekere zorgvraag in de toekomst, is substitutie van taken naar medewerkers zeker noodzakelijk. In de afgelopen jaren zijn er daarom op verschillende manieren paramedici toegevoegd aan huisartspraktijken, met namen als 'praktijkondersteuner' en 'praktijkverpleegkundige'. Zij richten zich op specifieke patiëntengroepen met een bepaalde aandoening of met een hoger risico. Ik vraag me af hoe de meest wenselijke ontwikkelingen zouden moeten zijn. Ik ben er zeker van dat de keuzen die nu gemaakt worden niet de juiste zijn. Ik heb hiervoor een tweetal redenen: (a) de inhoud van het huisartsenvak wordt uitgehold en (b) de keuze van de onderwerpen voor substitutie zijn verkeerd.

De inhoud van het huisartsenvak

Diabetes type 2 en COPD zijn de twee ziektebeelden die in het kader van de substitutie de meeste aandacht hebben kregen. In mijn huisartsenogen zijn deze aandoeningen helemaal geen ziekten die gemakkelijk 'protocollair' te controleren zijn. Het zijn aandoeningen met een zeer wisselende impact per patiënt. Huisartsgeneeskundige kennis en inzicht zijn noodzakelijk voor overleg met de patiënt om de juiste therapeutische beslissingen te kunnen nemen. De individuele afweging tussen cure en care vereist overleg met de patiënt. Dit soort beslissingen staat niet in een protocol; er moet bij deze aandoeningen altijd rekening worden gehouden met de keuzen van de individuele patiënt. Substitutie van deze 'controlezorg', welke in feite de vorm heeft van specialistische zorg maar dan buiten het ziekenhuis, tast de typische integrale, holistische zorg van de huisarts aan. Huisartsen voelen ook wel dat dergelijke ontwikkelingen hun vak aantasten en ze worden daar onrustig van. Zeker, er is extra assistentie nodig voor betere begeleiding van diabetes en COPD-patiënten, maar in mijn ogen zou dit vooral assistentie op praktijkorganisatorisch vlak moeten zijn en zou de individuele patiëntenzorg bij de huisarts moeten blijven.

De keuze van de onderwerpen voor substitutie

Ik denk dat, als het gaat over effectief verminderen van de werkbelasting van de huisarts, de ondersteuning vooral gericht moet zijn op de 'grote bulk' van de zorgvraag: de *'minor illnesses'* en de eenvoudige medische handelingen (verbandje, uitstrijkje, spuitje, oor uitspuiten, bloeddrukmeten etc.). Eenvoudige problemen maken een heel groot deel uit van de zorgvraag in de huisartspraktijk. De werklast wordt vooral bepaald door snotneuzen, spierpijntjes hier en daar, door de veel-klagers en door psychosociale en maatschappelijke problemen, waarvoor de huisarts ook geen oplossing heeft, en slechts voor een klein deel door patiënten met diabetes of COPD. Als er een keuze moet worden gemaakt voor substitutie of taakherschikking dan zou ik de prioriteit voor de inzet van praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen leggen bij deze alledaagse klachten.

Preventie

Ik kan het niet laten om ook iets over preventie te zeggen. Ik ben er mijn hele leven mee bezig geweest. Preventie is een van de hoofdgebieden van de huisartsgeneeskunde, zoals die in de Woudschoten-definitie is beschreven. Het algemene beleid in Nederland is, dat er meer aandacht moet komen voor preventie en dat de huisarts daarin een belangrijke rol moet spelen.

Er zijn stemmen die betwijfelen of preventieve voorlichting enig nut heeft, sommigen menen dat voorlichting zelfs averechts werkt. Ook duiken op het eerste gezicht vreemde voorstellen op, zoals het instellen van anti-rookpolitie in openbare ruimten. Toch ben ik toenemende mate van mening dat een dergelijke aanpak zeker zin kan hebben. Ik ben nog steeds geen cynicus, die denkt dat mensen vanuit zichzelf toch niet kunnen veranderen. Ik ben er wel steeds meer van overtuigd geraakt, dat we, omdat sommige maatregelen bewezen effect hebben en dus van belang zijn voor preventie, andere wegen dan de gebruikelijke in moeten slaan. Ik denk dan ook vaker dan vroeger dat sommige mensen beschermd moeten worden tegen hun eigen 'onwetendheid' of 'onmacht' en dat daarvoor gebods- en verbodsbepalingen wel eens noodzakelijk kunnen zijn. Als we dit niet doen bevorderen we de tweedeling in onze maatschappij op gezondheidsgebied. Nu is het al zo dat in de hogere maatschappelijke klassen bijna niet meer gerookt wordt, terwijl er in de lagere klassen nog altijd flink op los gepaft wordt.

Wat ik ook geleerd heb, is dat de huisarts zich op het gebied van preventie vaker moet beperken tot datgene waarin hij als medicus deskundig is en tot datgene dat medisch gezien bewezen effectief is. De huisarts moet zich vooral richten op medicamenteuze preventieve behandeling van een beperkt aantal hoogrisicopatiënten en geen -schaarse- tijd stoppen in uitgebreide gezondheidsvoorlichting, laat staan gezondheidsopvoeding. Hij is hier niet voor opgeleid. Patiënten uit hoogrisicogroepen, in de praktijk gemakkelijk aanwijsbaar, moeten allereerst goed medicamenteus behandeld worden. Hiervan is in ieder geval aangetoond dat dit effectief is.

Mijn medewerker Patrick van Limpt kon geen additioneel effect aantonen van gezondheidsvoorlichting door een zgn. gezondheidsadviseur, die ingezet werd bij patiënten met een hoog risico voor hart- en vaatziekten. Ook in de literatuur is de effectiviteit van een dergelijke GVO-benadering een onderwerp van discussie. Interessant is dat in 'Hartslag Limburg', een grote preventietrial in de regio Heuvelland, het effect van GVO op populatieniveau wel aantoonbaar was. Hier moet zeker meer onderzoek naar komen.

Praktische, dat wil zeggen korte en duidelijke, adviezen - bijvoorbeeld op het gebied van gezonde voeding - kunnen de patiënt wel erg helpen de weg te vinden in het doolhof van (soms tegenstrijdige) gezondheids- en voedingsadviezen. Korte en praktische adviezen kan de huisarts goed geven als daar een reden voor is. Bas Maiburg heeft aangetoond dat huisartsen praktische voedingsadvisering goed kunnen leren en goed kunnen toepassen, als het maar aansluit bij de praktijk. Zo is ook aangetoond dat het effect heeft als de huisarts tegen een patiënt met een hartinfarct nadrukkelijk zegt dat deze moet stoppen met roken en herhaald tegen een patiënt die hoest zegt dat ze moet stoppen met roken.

De huisarts moet patiënten die er om vragen, kunnen verwijzen voor specifieke ondersteunende hulp van gezondheidsadviseur, diëtiste of voedingskundige. In zijn achterhoofd zal hij soms twijfelen over de uiteindelijke effectiviteit van de verwijzing.

In het beperkte succes van GVO speelt de patiënt een flinke rol. De patiënt heeft een eigen agenda, is zich daar niet altijd bewust van, maar deze agenda heeft veel effect op de behandelingsresultaten. U moet niet onderschatten hoe groot de invloed is van het moeten houden van een diabetesdieet op het sociaal-maatschappelijk functioneren en dus op de compliance.

Therapietrouw is een sinds de jaren zeventig, toen medicamenteuze preventie en behandeling van chronische aandoeningen toenemend mogelijk werd, steeds terugkerend onderwerp van onderzoek. Wouter Gommers, op dit moment in opleiding tot huisarts, deed onlangs een onderzoek naar de therapietrouw van patiënten met cholesterolverlagende medicatie, hen voorgeschreven door huisartsen en specialisten. Hij toonde aan dat het

droevig gesteld was met deze therapietrouw. Een aanzienlijk percentage (minstens 40%) van de patiënten die de pillen al langer gebruikten, evenals van hen die deze recent kregen voorgeschreven, stopte binnen korte tijd met het gebruik ervan. Vooral was dat zo als de medicatie werd voorgeschreven door een specialist.

Samenvattend, de huisarts zal ook op het gebied van preventie zijn rol moeten heroverwegen. Ik vind dat hij zijn energie anders moet besteden. Niet alleen omdat de *workload* op dit gebied zal toenemen, maar vooral omdat we ons moeten beperken tot wat we kunnen en wat werkt. Bovendien zullen we, voordat we tot preventieve behandeling besluiten, allereerst moeten bepalen of de patiënt zelf eigenlijk wel wil.

Besluit

In dit laatste college heb ik beschreven wat de huisarts te wachten staat en hoe hij dat kan oppakken. Althans, ik heb beschreven hoe wij dit in het verleden hebben aangepakt en ik heb aangegeven op welke veranderingen de huisarts zich in de toekomst zal moeten voorbereiden. Hoe dat moet, zal de huisarts zelf moeten bepalen. Ik heb u deelgenoot gemaakt van opvattingen die ik hierover in de loop der jaren heb ontwikkeld. In de toekomst kan de huidige huisarts geen praktijk meer voeren op de manier zoals het nu gaat. De maatschappij verandert en de huisarts verandert mee. Ook de huisartsen zullen dus moeten veranderen.

Daarmee kan ik ook de titel van mijn lezing afmaken: 'Eenmaal huisarts ... altijd veranderen'. Veranderen is moeilijk. Veranderen is kiezen en kiezen is altijd iets verliezen. Bijvoorbeeld een stukje zelfstandigheid als samenwerking noodzakelijk is voor een betere zorg. Om te veranderen heeft de huisarts feedback nodig. Hij moet hij op basis van gelijkwaardigheid discussies kunnen voeren met en steun kunnen vragen van andere, voor de zorg verantwoordelijke instanties; binnen de beroepsgroep zelf, met de zorgverzekeraars, met de politiek, met de patiëntenverenigingen en met de ziekenhuisorganisaties.

De allereerste stap naar verandering zal in de opleiding tot huisarts moeten worden gezet. Hier moeten aanstaande huisartsen zich bewust worden van de blijvende noodzaak te leren, te ontwikkelen en niet stil te blijven staan. De Nederlandse huisartsopleidingen zijn zich ervan bewust dat ze moeten opleiden tot huisartsen die na hun opleiding verantwoordelijkheid blijven dragen voor de eigen kwaliteit van zorg. Ik heb de afgelopen vijf jaren gezien, hoe de huisartsopleidingen worstelen met het 'kantelen' van de opleiding, met het veranderen van een opleiding met een 'dichtgemetseld' curriculum naar een opleiding voor zelfstandige volwassenen, die de eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit kunnen bewaken. Er wordt nog steeds gewerkt aan het slechten van de barrières die zowel bestaan bij de huisartsen-in-opleiding als bij de opleidingen zelf, bij degenen die jonge huisartsen moeten coachen in het opleidingstraject. Veranderen van het onderwijs blijkt extra moeilijk, zo weten we uit onze geschiedenis.

Wat zeker zal gaan veranderen is dat de huisarts in de toekomst niet meer als solist kan werken. Hij zal gaan werken in 'Eerstelijns Gezondheids Teams'. De huisarts garandeert in deze veranderende omstandigheden nog steeds de continue en persoonlijke zorg voor de ingeschreven patiënten.

Het decor verandert steeds weer, maar het toneelstuk blijft hetzelfde. De huisartsen zullen de Woudschoten-definitie moeten koesteren in een veranderende wereld: dat is de uitdaging, maar ook een hele kunst. De patiënt kiest nog steeds voor de huisarts, gelukkig.

Ik ben heel benieuwd hoe het met de huisartsgeneeskunde zal gaan; ik kijk er met veel verwachting en veel vertrouwen naar uit.

Dank voor uw aandacht.

Referenties

1. Capaciteitsorgaan. Rapporten 2003-2004. Utrecht: KNMG.
2. Gommers WSA, van Ree JW. Therapietrouw van patiënten met cholesterolverlagende medicatie. *Hartbulletin* 2002;32(5):26-31.
3. Höppener P. Automatisering en wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Maastricht: Thesis; 1990.
4. Huygen FJA. NHG-Quo vadis. *Huisarts Wet* 1959;2:187-91.
5. Huygen FJA. Family medicine; the medical life history of families. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt; 1978.
6. Inspectie voor de gezondheidszorg. Ketenzorg bij chronische ziekten. Rapport. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2004.
7. Limpt J van, Harting J, Assema van P, Ruland E, Kester A, Gorgels T, Ree van J. Short term effects of the 'Hartslag Limburg' high risk approach on cardiovascular risk factors in general practice (submitted).
8. Maiburg B. Computer-based nutrition education for general practice. Maastricht: UPM; 2003.
9. Van Ree JW. Role of primary care in public health. In: Jones R (Ed.), *Oxford Textbook of Primary Medical Care Volume I*, 43-7. New York: Oxford University Press; 2004.
10. Van Ree JW. Preventie Maatwerk: nuttig of terug naar af? *Huisarts Wet* 2004;47:442-3.
11. Beroepsgroep moet zich beraden, er is haast bij! Interview professor JW van Ree. *Ned Tijdschr Huisartsgeneeskunde* 2004;21:179-82.
12. Schers H. Continuity of care in general practice (proefschrift). Nijmegen: 2004.
13. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health. An international perspective. *Health policy* 2002;60:201-18.
14. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care and insurance. Review of evidence. *Pediatrics* 2004;113:1493-8.
15. Wijsman-Grootendorst A, van Dam R. Opvattingen van vrouwen van Turkse afkomst over maatregelen ter preventie en behandeling van vitamine-D-deficiëntie; resultaten van focusgroepinterviews. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(17):932-6.
16. Website: www.nationaalkompas.nl

CURRICULUM VITAE JAN W. VAN REE

Na zijn studie Geneeskunde te Nijmegen vestigde Jan W. van Ree (Doesburg 1941) zich in 1969 als huisarts in Wijchen, in een duopraktijk. Vanaf 1971 was hij verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, als medewerker van de Huisartsenopleiding en als onderzoeker. Hij promoveerde in 1981 bij Frans Huygen en was projectleider van diverse onderzoeken, vooral op het gebied van hypertensie. In 1990 werd hij benoemd tot hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Maastricht. Zijn aandacht ging vooral uit naar de huisartsenopleiding, postacademische scholing voor huisartsen en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van hart- en vaatziekten. Zo was hij projectleider bij het internationaal gelauwerde project 'Hartslag Limburg', een unieke primaire preventietrial, waarin GGD, huisartsen en specialisten samenwerkten. Onder zijn leiding kwam in Maastricht ook een structureel nascholingsprogramma voor huisartsen tot stand, de 'Randwijckcursus'.

